

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/113527>

Please be advised that this information was generated on 2018-07-08 and may be subject to change.

Sociale vaardigheidstrainingen voor visueel gehandicapte adolescenten

De ontwikkeling en evaluatie van een methode voor
behandeling van sociale aanpassingsproblemen

R. van Beek

**SOCIALE VAARDIGHEIDSTRAININGEN
VOOR
VISUEEL GEHANDICAPTE ADOLESCENTEN**

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without the prior written permission of the publisher.

ISBN 90 9002134 5

SOCIALE VAARDIGHEIDSTRAININGEN VOOR VISUEEL GEHANDICAPTE ADOLESCENTEN

**De ontwikkeling en evaluatie van een methode voor
behandeling van sociale aanpassingsproblemen**

**Een wetenschappelijke proeve op het gebied van de
sociale wetenschappen**

PROEFSCHRIFT

**ter verkrijging van de graad van doctor aan
de Katholieke Universiteit te Nijmegen,
volgens besluit van het college van decanen in het
openbaar te verdedigen op
woensdag 8 juni 1988
des namiddags te 1.30 uur precies**

door

ROBERT VAN BEEK

**geboren op 11 mei 1951
te Arnhem**

Promotor : Prof. dr. E.J.J. De Bruyn

Co-referenten: Dr. B.H.H. Dechesne

Dr. J.H.L. Oud

Dankwoord

Dit proefschrift betreft de verslaggeving van de ontwikkeling en evaluatie van sociale vaardigheidstrainingen voor visueel gehandicapten binnen het centrum Bartiméus te Zeist. In 1983 is dit onderzoek, na een ruime theoretische voorbereiding, van start gegaan en omvatte een tijdsperiode van ongeveer vier jaar. Gedurende de onderzoeksperiode hebben tal van personen binnen de verschillende deelfasen geparticipeerd. Samen werden we regelmatig geconfronteerd met de grilligheid van het spel wat wetenschappelijk onderzoek nu eenmaal met zich meebrengt. Hun enthousiasme heeft me vaak geïnspireerd om door te zetten. Dank ben ik verschuldigd aan Sjoukje Rijpma en Ruud van Zuylen. Zij hebben in het prille stadium van het project een belangrijke bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van de beoordelings- en observatielijst, met behulp waarvan sociale aanpassingsproblemen bij visueel gehandicapten werden opgespoord.

Marianne Dolman, Caroline Mansvelt, Anneke Rodenburg, Ellen Siegelaer en Anneke van Groeningen waren actief binnen de evaluatiefase. Zij hebben o.a. gewerkt aan de eerste opzet voor de verwerking van de onderzoeksdata. Ook hen wil ik bedanken.

Eelco Brinkman ben ik erkentelijk voor de hulp bij de uiteindelijke verwerking van de resultaten. Door zijn systematische en consciëntieuze wijze van werken was het mogelijk om overzicht te houden over de grote hoeveelheid data.

Drs. H.M.J.A. Gerritzen en Dr. M. van Son hebben hun commentaar gegeven op de onderdelen van het proefschrift.

Drs. C.G.A. de Jong heeft vanaf het begin een bijdrage geleverd aan de opzet en uitvoering van het onderzoek. Eveneens becommentarieerde hij de uiteindelijke versie. Hiervoor mijn welgemeende dank.

De Wetenschappelijke Commissie van de Vereniging Bartiméus betuig ik dank voor de financiële steun, waardoor uitvoering

van het onderzoek mogelijk was.

De Vereniging Bartiméus stelde mij in staat om ook in werktijd aan het proefschrift te werken.

Cecile Vandeputte-van de Vijver dank ik voor de vertaling van de samenvatting.

Verder dank ik Ollif Smilda voor het uittypen van de verschillende hoofdstukken en de uiteindelijke versie van het proefschrift. Waardering heb ik voor haar bereidheid om steeds weer dezelfde teksten te typen.

Derk van de Velde en Arend van Dongen waren steeds "stand-by". Zij brachten regelmatig de correcties van de tekst in de tekstverwerker aan en maakten de tekst gereed voor de drukker. Hiervoor ben ik hen zeer erkentelijk.

Wie ik in dit dankwoord zeker niet mag vergeten, is Trudy Loman. Als kinder- en jeugdpsychotherapeute gaf zij een deel van de sociale vaardigheidstrainingen. Eveneens was zij altijd een steun bij de obstakels die ik tijdens mijn wetenschappelijke "voettocht" ben tegengekomen.

INHOUDSOPGAVE

INLEIDING	1
1. BEGRIPSBEPALING	3
1.1. Sociale aanpassing	3
1.2. Definities van visuele handicaps	5
1.3. Omschrijving van het begrip adolescentie	7
2. SOCIALE AANPASSINGSPROBLEMEN BIJ VISUEEL GEHANDICAPTEN: EEN LITERATUUROVERZICHT	9
2.1. Uitwendig gedrag als sociale aanpassings- problematiek	9
2.1.1. De linguïstische en paralinguïstische gedragskenmerken	9
2.1.2. De sociale vaardigheden	11
2.1.3. De non-verbale gedragingen	13
2.2. Inwendig gedrag als sociale aanpassings- problematiek	15
2.2.1. Sociale aanpassingsproblematiek benaderd vanuit het zelfbeeld	15
2.2.2. Sociale aanpassingsproblematiek benaderd vanuit andere persoonlijkheidskenmerken	17
2.2.3. Sociale aanpassingsproblematiek benaderd vanuit de handicap-acceptatie	18
2.3. Factoren die van invloed zijn op de sociale aanpassing	20
2.3.1. Interne factoren	21
2.3.2. Externe factoren	22
2.3.2.1. De invloed van de ouders op het sociale aanpassingsproces	24
2.3.2.2. De invloed van andere personen op het sociale aanpassingsproces	25
3. VERKLARINGSMODELLEN VOOR SOCIALE AANPAS- SINGSPROBLEMEN BIJ VISUEEL GEHANDICAPTEN	29
3.1. De gedragsdeficiëntiemodellen	30
3.1.1. Sociale vaardigheidstekorten en tekorten in non-verbale gedragingen	31
3.1.2. Verkeerd geleerde sociale vaardigheden en verkeerd geleerde non-verbale gedragingen	34
3.2. Het angst-inhibitie-model	35
3.3. Het cognitie-inhibitie-model	36
3.4. Het zelfsturingsdeficiëntiemodel	39
4. SOCIALE VAARDIGHEIDSTRAININGEN: EEN LITERATUUROVERZICHT	46
4.1. Van Son's sociale vaardigheidstherapie	47
4.2. De assertieve training van Van Dam-Baggen en Kraaimaat	49
4.3. Beekers' interpersoonlijke vaardigheidstherapie	51

5.	ALGEMENE UITGANGSPUNTEN VOOR DE OPZET VAN DE SOCIALE VAARDIGHEIDSTRAINING VOOR VISUEEL GEHANDICAPTEN	56
5.1.	Inhoudelijke uitgangspunten voor de sociale vaardigheidstraining	56
5.1.1.	Uitwerking van het uitwendig en inwendig gedrag als sociale aanpassingsproblematiek	56
5.1.2.	De verklaringsmodellen en leertheorieën	58
5.1.3.	Begeleiding van de omgeving	63
5.2.	Praktische uitgangspunten	64
5.2.1.	De residentiële en (semi)ambulante sociale vaardigheidstraining	64
5.2.2.	De sociale vaardigheidstraining: individueel of in een groep?	65
6.	DE OPZET VAN DE SOCIALE VAARDIGHEIDS- TRAINING	67
6.1.	Inhoudelijke verantwoording van de intake- trainings- en evaluatiefase	67
6.1.1.	De intakefase	67
6.1.2.	De trainingsfase	71
6.1.3.	De evaluatiefase	75
6.2.	Beschrijving van de verschillende fasen	76
6.2.1.	De intakefase	77
6.2.2.	Vaststelling van de leerdoelen en doelgedragingen	81
6.2.3.	De trainingsfase	83
6.2.4.	De evaluatiefase	90
7.	DE ONDERZOEKSOPZET	93
7.1.	Vraagstellingen en exploratieve analyses binnen het onderzoek	93
7.1.1.	Vraagstellingen binnen het effect- en effectbehoudonderzoek	93
7.1.2.	Vraagstellingen binnen het onderzoek naar samenhangen	94
7.1.2.1.	Samenhangen ten behoeve van de diagnostiek	94
7.1.2.2.	Samenhangen ten behoeve van de sociale vaardigheidstraining	95
7.1.3.	Exploratieve analyses	96
7.2.	De onderzoeksopzet	97
7.3.	De interne en externe validiteit	98
7.4.	Het instrumentarium	101
7.4.1.	De directe methoden	101
7.4.1.1.	De beoordelings- en observatielijst	103
7.4.2.	De indirecte methoden	104
7.4.2.1.	De aangepaste zelfkonfrontatiemethode	106
7.5.	De onderzoekshypothesen	108
7.6.	Het verloop van het onderzoek	110
7.6.1.	Beschrijving van de onderzoeksgroep	111
7.6.2.	Constructie van de sociale vaardigheids- lijst	113
7.6.3.	Ontwikkeling van de sociale vaardigheidstraining	113
7.6.4.	Constructie van het instrumentarium	114

7.6.5.	Uitvoering van de sociale vaardigheidstrainingen	115
7.6.6.	Uitvoering van de beoordelingen en observaties	116
7.6.7.	Statistische verwerking van de onderzoeksgegevens	116
7.6.7.1.	De effectanalyse	118
7.6.7.2.	De effectbehoudanalyse	120
7.6.7.3.	Het onderzoek naar samenhangen	121
7.6.7.4.	De exploratieve analyses	121
8.	PRESENTATIE VAN DE ONDERZOEKS- GEGEVENS EN BEANTWOORDING EN BESPREKING VAN DE VRAAG- STELLINGEN	123
8.1.	Het onderzoek naar de effecten van de sociale vaardigheidstraining	123
8.1.1.	Toetsing van hypothese 1	123
8.1.2.	Toetsing van hypothese 2	125
8.1.2.1.	Het sociaal welbevinden	125
8.1.3.	Toetsing van hypothese 3	130
8.1.4.	Toetsing van hypothese 4	132
8.1.5.	Beantwoording en bespreking van de vraagstellingen	133
8.2.	Het onderzoek naar samenhangen	142
8.2.1.	Het onderzoek naar samenhangen ten behoeve van de diagnostiek	142
8.2.1.1.	Toetsing van hypothese 5	142
8.2.1.2.	Toetsing van de hypothesen 6a, 6b en 6c	143
8.2.2.	Het onderzoek naar samenhangen ten behoeve van de sociale vaardigheidstraining	146
8.2.2.1.	Hypothese 7	146
8.2.2.2.	Hypothese 8	147
8.2.3.	Beantwoording en bespreking van de vraagstellingen	147
8.3.	De exploratieve analyses	149
8.3.1.	De resultaten van de exploratieve analyses	149
8.3.2.	Bespreking van de resultaten	151
9.	CONCLUSIES, DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN	153
9.1.	De opbrengst van het onderzoek	153
9.2.	De fasen binnen het project	155
9.3.	Alternatieven voor de intake- en evaluatieprocedures	157
9.4.	De residentiële, ambulante en semi- ambulante sociale vaardigheidstrainingen	161
9.5.	Externe implementatie	162
9.6.	Interne implementatie	163
9.6.1.	Sociale vaardigheidstrainingen voor uiteenlopende sociale aanpassings- problematieken	163
9.6.2.	Behoeft aan sociale vaardigheids- trainingen voor andere leeftijdsgroepen	165
9.6.3.	De intakecriteria	165
9.7.	Ouderbegeleidingsvormen	166
SUMMARY	170

LITERATUUR	176
BIJLAGEN	192
Bijlage 1: Afname-instructie van de sociale vaardigheidslijst	192
Bijlage 2: Inventarisatielijst en spanningsschema . . .	196
Bijlage 3: Instructie voor het invullen van de affectmatrix.	197
Bijlage 4: Beoordelingscategorieën sociale vaardigheden en non-verbale gedragingen . . .	202
Bijlage 5: Aandachtspunten voor huiswerkverslagen . . .	204
Bijlage 6: Lesbrief 1	205
Bijlage 7: Lesbrief 2	208
Bijlage 8: Handig leren denken	210
Bijlage 9: Stappen voor het leren oplossen van problemen	211
Bijlage 10: Het transcript	212
CURRICULUM VITAE	213

INLEIDING

In hoofdstuk 1 geven wij een beschrijving van een aantal begrippen die in deze studie centraal staan. Wij gaan eerst in op onze omschrijving van sociale aanpassing. Hierbij maken wij een onderscheid tussen het uitwendig en het inwendig gedrag. Daarna presenteren wij de definities van visuele handicaps. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een uitleg van de term adolescentie.

In hoofdstuk 2 behandelen wij vanuit de literatuur de sociale aanpassingsproblematiek bij visueel gehandicapten. Uitgaande van het uitwendig gedrag vindt een beschrijving van de sociale aanpassingsproblematiek plaats vanuit de linguïstische en paralinguïstische gedragskenmerken, vanuit de sociale vaardigheden en tenslotte ook nog vanuit de non-verbale gedragingen. Het inwendig gedrag nemen wij eveneens als vertrekpunt voor de bespreking van de sociale aanpassingsproblematiek bij blinden en slechtzienden. Hierbij stellen wij vast dat de aanpassingsproblematiek binnen de literatuur vanuit verschillende individuele kenmerken is beschreven.

Wij presenteren in hoofdstuk 3 onze verklaringsmodellen voor sociale aanpassingsproblemen. Achtereenvolgens komen het gedragsdeficiëntie-, het angst-inhibitie-, het cognitie-inhibitie- en het zelfsturingsdeficiëntiemodel aan de orde. Binnen deze modellen, die elkaar aanvullen, wordt het ontstaan en in stand houden van sociale aanpassingsproblemen vanuit verschillende theorieën uitgelegd.

Hoofdstuk 4 geeft een kort overzicht van bestaande sociale vaardigheidstrainingen. Hierbij kiezen wij voor sociale vaardigheidstrainingen, die aanknopingspunten bieden voor de ontwikkeling van onze sociale vaardigheidstraining. De publicaties van de trainingen, waarop wij ons baseren, worden eveneens kort samengevat.

In hoofdstuk 5 vindt er een bespreking plaats van de algemene uitgangspunten voor de opzet van de sociale vaardigheidstrai-

ning voor visueel gehandicapten. Eerst behandelen wij de inhoudelijke uitgangspunten; daarna komen een aantal praktische uitgangspunten aan de orde.

De presentatie van het trainingsprogramma geschiedt in hoofdstuk 6. Hierbij geven wij eerst de inhoudelijke verantwoording van de intake-, trainings- en evaluatiefase. Daarna schetsen wij het technische verloop van de verschillende fasen.

Hoofdstuk 7 heeft betrekking op de onderzoeksopzet, van waaruit wij onze onderzoeksvragen hebben beantwoord. Wij bespreken de vraagstellingen binnen het effect- en effectbehoudonderzoek en die welke betrekking hebben op het onderzoek naar samenhangen. Daarna schetsen wij de achtergronden van de exploratieve analyses. Ook bespreken wij de onderzoeksopzet, de interne en externe validiteit, het gebruikte instrumentarium en het verloop van het onderzoek.

In hoofdstuk 8 presenteren wij de onderzoeksgegevens. Op grond hiervan worden de vraagstellingen, die in het vorige hoofdstuk zijn geformuleerd, beantwoord en besproken.

Onze studie sluiten wij af met hoofdstuk 9. Binnen dit hoofdstuk gaan wij in het kort in op de opbrengst van het onderzoek. Daarna vindt er een discussie plaats. Ook geven wij aanbevelingen die o.a. betrekking hebben op de implementatie van onze sociale vaardigheidstraining binnen het centrum Bartiméus en mogelijkheden tot implementatie elders.

1. BEGRIPSBEPALING

1.1. Sociale aanpassing

Een omschrijving van het begrip sociale aanpassing treffen wij niet aan binnen de literatuur over visueel gehandicapten. Desondanks gaan de verschillende auteurs wel in op de sociale aanpassingsproblemen bij blinden en slechtzienden (zie hoofdstuk 2). Omdat wij in deze studie van de leertheorieën uitgaan, hebben wij ons bij de definiëring van sociale aanpassing laten leiden door de leertheoretische omschrijvingen van sociaal gedrag. Deze noemen wij daarom in het kort.

Libet en Lewinsohn (1973), Combs en Slaby (1977), Foster en Ritchey (1979) accentueren bij hun definities van sociale aanpassing het beheersen van het door de omgeving gewenste sociale gedragsrepertoire.

Combs en Slaby omschrijven sociale aanpassing als "the ability to interact with others in a given social context in specific ways that are socially acceptable or valued and at the same time personally beneficial, mutually beneficial, or beneficial primarily to others." (pag. 162)

Bij Eisler en Frederikson (1980) en Cartledge en Milburg (1980) heeft sociale aanpassing eveneens betrekking op het beheersen van de sociale vaardigheden die zowel verbaal als non-verbaal gedrag omvatten.

Bovengenoemde auteurs leggen het accent op het uitwendig gedrag. Daarnaast zijn er auteurs die de nadruk op het inwendig gedrag leggen. Rathus (1972) definieert sociale aanpassingsproblemen in termen van angst die wordt ervaren in interpersoonlijke conflictsituaties, hetgeen het uiten van gevoelens en het vertonen van adequaat, doeltreffend gedrag in de

weg staat.

Wolpe (1958, 1969) benadrukt dit eveneens: "anxiety inhibits interpersonal responsiveness" en hij merkt op dat "the word assertive is applied to the outward expression of practically all feelings other than anxiety." Eveneens concludeert Wolpe (1969) dat "assertiveness usually includes more or less aggressive behavior." (pag. 81)

Dan zijn er auteurs (Meichenbaum, 1973; Goldfried, Decenteeo en Weinberg, 1974) die de cognitieve aspecten van sociale aanpassing benadrukken. Goldfried e.a. stellen dat de "tendency to label situations in certain positive or negative ways will strongly determine his maladaptive emotional response and concomitant ineffective behavior." (pag. 247)

De auteurs onderscheiden dus emotionele en cognitieve gedragsaspecten binnen het inwendig gedrag.

Bij de genoemde auteurs blijkt dat sociale aanpassingsproblemen zich op het uitwendige en inwendige gedragsniveau kunnen voordoen. Wij betrekken daarom beide gedragsniveau's binnen onze definitie van sociale aanpassing en spreken van sociale aanpassing wanneer

- het uitwendig gedrag (overt gedrag) van de blinde of slechtziende door de omgeving als adequaat wordt beschouwd, en
- de visueel gehandicapte de gevolgen van het eigen gedrag als positief beleeft (covert gedrag).

Het uitwendig gedrag omvat in deze studie de sociale vaardigheden en non-verbale gedragingen. In hoofdstuk 5 (5.1.1.1.) noemen wij de sociale vaardigheden en non-verbale gedragingen die wij in het algemeen trainen.

De beleving heeft hier betrekking op het inwendig gedrag. In dit verband onderscheiden wij de volgende belevingsaspecten, nl.

- het sociaal welbevinden: heeft betrekking op de beleving binnen sociale situaties.
- het algemeen welbevinden: verwijst naar de beleving binnen algemene dagelijkse, waaronder sociale, situaties.
- de tevredenheid: heeft betrekking op de mate, waarin de

blinde of slechtziende met zichzelf tevreden is.

Er is sprake van sociale aanpassing, wanneer aan beide criteria is voldaan: voor de omgeving adequaat, voor de visueel gehandicapte bevredigend. Van sociale aanpassingsproblemen wordt echter gesproken, wanneer zich problemen op één van beide gedragsniveau's voordoen.

In de literatuur treffen wij voor het begrip sociale aanpassing tal van synoniemen aan. Sociale aanpassing wordt veelal aangeduid met de begrippen sociale competentie, effectief of adequaat sociaal gedrag. Ook wordt de term assertiviteit ("to assert" betekent ondermeer "doen gelden", "opkomen voor") vaak gehanteerd. Daarentegen kunnen sociale aanpassingsproblemen aangeduid worden met subassertiviteit, wat zich kan uiten in vormen van agressiviteit of overassertiviteit. Uit de literatuur blijkt dat bij gebruik van deze begrippen met name naar het uitwendig en in mindere mate naar het inwendig gedrag wordt gekeken.

1.2. Definities van visuele handicaps

Er zijn verschillende vormen van visusbeperking. Visueel gehandicapt zijn is eigenlijk een verzamelbegrip voor een groot aantal beperkingen van de gezichtsscherpte en/of het gezichtsveld (zie Blankenagel, 1978). Deze beperkingen kunnen niet of althans niet volledig door een bril, contactlenzen of andere hulpmiddelen worden gecompenseerd.

Zo zijn er mensen die de wereld voortdurend door een dikke mist waarnemen, of anderen die als het ware door een smalle koker of sleutelgat kijken. Weer anderen kunnen alleen maar het verschil tussen licht en donker waarnemen.

Indien het slechte zien niet te corrigeren is en de gezichts-

scherpte ¹ van het beste oog minder is dan ongeveer 30%, dan is men slechtziend. Wanneer de gezichtsscherpte minder dan 10% bedraagt, spreekt men van zeer slechtziend. Is de gezichtscherpte nog minder, dan wordt de visuele handicap aangeduid met maatschappelijke blindheid, blindheid of totale blindheid (zie tabel 1)

Tabel 1. Indeling van visuele handicaps volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) 1977

Categorie	Gezichtscherpte met de beste brilcorrectie	
	minder dan	maar gelijk aan of beter dan
1. slechtziend	6/18 of 0,3	6/60 of 0,1
2. zeer slechtziend (low vision)	6/60 of 0,1	3/60 of 0,05
3. maatschappelijk blind (low vision)	3/60 of 0,05	1/60 of 0,02 (=vingers tellen op 1 meter afstand)
4. blind	1/60 of 0,02	lichtwaarneming
5. totaal blind	geen lichtwaarneming	

Uit tabel 1 blijkt eveneens dat de term "low vision" gehanteerd wordt om zowel de zeer slechtzienden als de maatschappelijk blinden aan te duiden. De WHO (wereldgezondheidsorganisatie) omschrijft "low vision" als "having a significant visual handicap, but also having significant usable vision" (Faye, 1976, pag. 4). Ook Barraga (1976) duidt hierop, wanneer zij aangeeft dat een groot percentage van deze groep "have sufficient residual vision to be able to use it as a primary

1

Bij oogheelkundig onderzoek wordt de gezichtsscherpte in de vorm van een breuk weergegeven. De teller geeft aan, op welke afstand het onderzochte oog een serie tekens kan herkennen; de noemer geeft de afstand aan, waarop een normaal oog deze tekens ziet.

channel" (Tuttle, 1984, pag. 13).

De groep visueel gehandicapten kenmerkt zich door een gedeeltelijk tot geheel verlies van de visuele waarneming. Sommigen zijn totaal blind, anderen kunnen een onderscheid maken tussen licht en donker, en weer anderen zijn nog in staat de wereld, echter niet volledig, waar te nemen.

Een nadeel van bovengenoemde indeling is dat niet duidelijk wordt, wat de visueel gehandicapte in het dagelijks leven, waaronder de sociale omgang, nog met zijn gezichtsrest kan doen. Jan, Freeman en Scott (1977) wijzen hierop, wanneer zij opmerken dat deze categorieën "are based on physiological measurements rather than on function and, therefore, represent more of an ophthalmological or medical classification" (pag. 21).

Evenals bovengenoemde auteurs gebruiken wij zoveel mogelijk functionele beschrijvingen. Deze geven aan wat een visueel gehandicapte, ondanks zijn belemmering, in de diverse situaties nog kan zien. Daarom bieden de functionele beschrijvingen naar onze mening ook betere aanknopingspunten voor de hulpverlening dan die welke oogheelkundig van aard zijn.

Wij richten ons binnen deze studie met name op de slechtzienden en zeer slechtzienden. Daarom zullen wij binnen de literatuurstudie in eerste instantie de literatuur presenteren die op deze groepen betrekking heeft. Bij de presentatie van de literatuur in de volgende hoofdstukken zullen wij zo mogelijk ook aandacht schenken aan de literatuur over maatschappelijk blinden en totaal blinden.

1.3. Omschrijving van het begrip adolescentie

De sociale vaardigheidstrainingen die in deze studie centraal staan, zijn in eerste instantie ontwikkeld voor slechtziende adolescenten. Het begrip adolescentie is afgeleid van het Latijnse woord "adolescere", wat betekent "tot rijpheid groeien". Dit begrip had doorgaans betrekking op de periode

van ongeveer het zeventiende tot het tweeëntwintigste jaar. Gedurende deze fase voltrekken zich belangrijke psycho-sociale ontwikkelingen zoals het zoeken van een eigen plaats en rol binnen de maatschappij.

Met het begrip puberteit werd veelal de periode van het twaalfde tot het zestiende jaar aangeduid. Hierbij had men in de eerste plaats, naast de belangrijke psycho-sociale veranderingen binnen deze periode, oog voor de lichamelijke veranderingen die in verband staan met het geslachtsrijp worden.

In navolging van de engelstalige literatuur, worden deze begrippen in deze studie echter anders uitgelegd. Met puberteit wordt het lichamelijke aspect van de ontwikkeling tussen het twaalfde en tweeëntwintigste jaar aangeduid, terwijl met de term adolescentie het psycho-sociale aspect van de genoemde leeftijdsperiode wordt bedoeld (De Wit en Van der Veer, 1984).

2. SOCIALE AANPASSINGSPROBLEMEN BIJ VISUEEL GEHANDICAPTEN: EEN LITERATUUROVERZICHT

Binnen onze definitie van sociale aanpassing onderscheiden wij het uitwendig en inwendig gedrag. Om aanknopingspunten te hebben voor een verdere uitwerking van het uitwendig en inwendig gedrag behandelen wij in dit hoofdstuk de literatuur over sociale aanpassingsproblemen bij goed-zienden en visueel gehandicapten. Uitgaand van het uitwendig gedrag gaan wij achtereenvolgens in op sociale aanpassingsproblemen vanuit de

- linguïstische en paralinguïstische gedragskenmerken,
- sociale vaardigheden,
- non-verbale gedragingen.

Ook bekijken wij sociale aanpassingsproblemen vanuit het inwendig gedrag. Hierbij bespreken wij het zelfbeeld en gaan wij in op verschillende persoonlijkheidskenmerken. Na deze bespreking besteden wij eveneens aandacht aan de factoren die van invloed zijn op het ontstaan van sociale aanpassingsproblematiek. Naast interne factoren bespreken wij een aantal externe factoren zoals de houding van de omgeving van de blinde of slechtziende.

2.1. Uitwendig gedrag als sociale aanpassingsproblematiek

2.1.1. De linguïstische en paralinguïstische gedragskenmerken

Linguïstische gedragskenmerken zoals interjecties en herhalingen verwijzen naar inhoudelijke taalaspecten. Paralinguïstische gedragskenmerken, waaronder reactieduur en spreek snelheid, hebben betrekking op formele taalaspecten.

Bij de groep goed-zienden is vanuit genoemde spraakkenmerken onderzoek verricht naar sociale aanpassingsproblemen.

Op grond van onderzoek beschouwt Mahl (1956) linguïstische gedragskenmerken, waaronder lettergreep-, zins- en woordherhalingen, als indicatoren voor sociale aanpassingsproblemen. Dit is in tegenstelling tot hetgeen Eisler, Miller en Hersen (1973) bij psychiatrische patiënten aantreffen. Zij vonden namelijk geen relatie tussen deze gedragskenmerken en sociale aanpassingsproblemen.

Wel constateerden zij een relatie tussen een aantal paralinguïstische gedragskenmerken en sociale aanpassingsproblemen. Uit onderzoeksresultaten blijkt dat de sociale aanpassingsproblematiek een samenhang vertoont met latentietijd, reactieduur, volume en toonhoogte. Personen die als assertief beoordeeld waren, spraken zonder lang te wachten (korte latentietijd), uitgebreid (lange reactieduur), luid en met afwisselende toonhoogte.

Van Son (1978) heeft ook onderzoek gedaan naar de paralinguïstische gedragskenmerken bij goed-ziende cliënten met bloos- en slaapklachten. Hierbij gebruikt hij o.a. drie paralinguïstische gedragscategorieën. Twee daarvan zijn door Eisler onderzocht, nl. de reactieduur en de latentietijd. Daarnaast gebruikt Van Son, op grond van het onderzoek van Galassi, Dela, Galassi en Bastien (1974), als derde categorie de reactielengte. Deze categorie heeft Van Son meegenomen, omdat hij aanneemt dat dit een goede indicator is voor de mate van sociale aanpassing. Bij sociale aanpassingsproblemen zou namelijk sprake zijn van een korte reactielengte (aantal woorden), hetgeen binnen zijn onderzoek wordt bevestigd. Eveneens is er bij sociale aanpassingsproblemen sprake van een korte reactieduur (tijdsduur) en een lange latentietijd.

Bij de groep visueel gehandicapten onderzochten Van Hasselt en Hersen (1981) de relatie tussen sociale aanpassingsproblemen en een aantal paralinguïstische kenmerken. Hun onderzoek is voor ons van speciaal belang, omdat zij een aantal verbale gedragskenmerken trachten te identificeren, die specifiek zijn voor sociale aanpassingsproblemen bij visueel gehandicapten. In hun onderzoek hebben de auteurs de volgende paralinguïsti-

sche kenmerken betrokken, de reactieduur, latentietijd, niet-vloeiendheden en vijandigheid (heeft betrekking op de toon, waarmee de visueel gehandicapte spreekt). De laatste categorie hebben zij gebruikt, omdat zij veronderstelden dat visueel gehandicapten in sociaal contact de neiging hebben zich tegenover anderen vijandig te gedragen.

De resultaten van de aangehaalde onderzoeken zijn tegenstrijdig met elkaar. Zo blijkt bij Eisler, Miller en Hersen en bij Van Son dat sociale aanpassing samengaat met een lange reactieduur. Bij Van Hasselt en Hersen gaat sociale aanpassing gepaard met een korte reactieduur. Deze en andere tegenstrijdigheden zijn niet vanuit de literatuur verklaarbaar, maar zijn wellicht te begrijpen vanuit het feit dat de onderzoeken verschillende populaties betreffen. Ook zijn de onderzoeksomstandigheden vermoedelijk niet met elkaar vergelijkbaar.

2.1.2. De sociale vaardigheden

Binnen de categorie van sociale vaardigheden onderscheiden wij de algemene en specifieke vaardigheden. Het begrip "algemeen" hanteren wij voor de vaardigheden die door een ieder, d.w.z. door zowel de goed-ziende als de visueel gehandicapte, beheerst moeten worden voor effectieve sociale omgang. Specifieke vaardigheden hebben daarentegen alleen betrekking op de groep visueel gehandicapten. De visueel gehandicapte moet b.v. in staat zijn om de ander op effectieve wijze om hulp te vragen, wanneer bepaalde dingen ten gevolge van de handicap niet lukken.

Binnen de literatuur kunnen wij sociale aanpassingsproblemen vanuit sociale vaardigheden bestuderen. Sociaal aangepast zijn betekent dat de sociale vaardigheden worden beheerst.

Lazarus (1973) noemt vier belangrijke vaardigheden, namelijk: de vaardigheid om 1) nee te zeggen, 2) iets te vragen, 3)

positieve en negatieve gevoelens te uiten, 4) een gesprek te beginnen, te voeren en te beëindigen.

Galassi, Dela, Galassi en Bastien (1974) merken op dat hun College Self-Expression Scale een aantal belangrijke sociale vaardigheden omvat, namelijk uitingen van zowel 1) positieve als 2) negatieve gevoelens, en uitingen die te maken hebben met 3) "self-denial" (hebben betrekking op de neiging om teveel rekening te houden met de gevoelens van anderen).

Voor andere sociale vaardigheden, waarover goed-zienden moeten beschikken om sociaal aangepast genoemd te kunnen worden, verwijzen wij o.a. naar McFall en Lillesand (1971), McFall en Twentymen (1973), Rathus (1973), Argyle, Trower en Bryant (1974), Gambrill en Ritchey (1975), Kazdin (1975), Bower en Bower (1976), Goldstein, Sprafkin en Gershaw (1976), Egan (1977), De Groot en Walburg (1977), Zimbardo (1977), Van Dam-Baggen en Kraaimaat (1979), Goldstein, Sprafkin, Gershaw en Klein (1980), Beekers en Gooyen (1980).

Goldstein, Sprafkin en Gershaw (1976) maken een onderscheid tussen aanvangsvaardigheden (b.v. een gesprek aanknopen, luisteren), vaardigheden die betrekking hebben op het uiten van jezelf (b.v. uiten van een compliment, boosheid) en vaardigheden die te maken hebben met het reageren op de ander (b.v. een compliment beantwoorden, verontschuldigen). In een latere publicatie (Goldstein, Sprafkin, Gershaw en Klein (1980) worden in verband met trainingen bij adolescenten nog een aantal andere vaardigheden genoemd zoals vaardigheden die betrekking hebben op gevoelens (b.v. eigen gevoelens onderkennen en uiten) en vaardigheden die alternatieven zijn voor het uiten van agressie (b.v. toestemming vragen, moeilijkheden met anderen vermijden).

Binnen de literatuur over visueel gehandicapten noemen Van Hasselt, Hersen, Kazdin, Sisson, Simon en Mastantuono (1981), in het kader van de behandeling van sociale aanpassingsproblemen bij blinden, de volgende te leren vaardigheden: weigeren (requesting for new behavior from the interpersonal partner), kritiek geven, prijzen, bedanken en hulp aanbieden.

Budziszewski Ryan (1976) leert visueel gehandicapten binnen trainingen positieve gevoelens naar zichzelf en anderen te uiten. Daarnaast reikt men een manier aan om adequaat met gevoelens van boosheid om te gaan.

Bonfanti (1979) traint sociale vaardigheden die betrekking hebben op de "method of opening conversation" en "questioning behavior" (zie verder Bonfanti, 1979, pag. 4).

Ook bij Everhart, Luzader en Tullos (1980) vindt het aanleren van algemene en specifieke sociale vaardigheden plaats, zoals het uiten van gevoelens, van mening verschillen, aangeven dat je visueel gehandicapt bent.

2.1.3. De non-verbale gedragingen

Binnen de hulpverlening in Nederland is slechts summier aandacht besteed aan de non-verbale gedragingen bij visueel gehandicapten. Een uitzondering hierop vormt het onderzoek naar een effectieve hulpverlening aan kinderen met blindismen door Mulder en Van Otterlo (1983). Deze auteurs onderscheiden drie blindismen die een remmende werking hebben op de sociale aanpassing bij blinden, namelijk het draaien of schudden met het hoofd, het boren (prikken met de vingers in de ogen) en het heen en weer bewegen met het bovenlichaam.

De buitenlandse literatuur gaat uitvoerig in op het afleren van blindismen bij visueel gehandicapten. De verschillende auteurs hanteerden het begrip blindisme tamelijk ruim: tics, spastische bewegingen, gewoonten, persoonlijkheidsproblemen, zelfstimulerende bewegingsactiviteiten en uitingen van stereotype gedrag werden hiertoe gerekend. Het begrip blindisme hanteert men tegenwoordig alleen voor het stereotype gedrag bij blinden en slechtzienden. Vormen van blindisme zijn

- het heen en weer bewegen van romp en hoofd ("rocking"),
- de rollende bewegingen van het hoofd,
- het wapperen met de handen,
- het steken van de vingers in de ogen ("eye-poking"),
- het wrijven in de ogen ("eye-rubbing").

De meest voorkomende uitingsvormen zijn "rocking" en "eye-

hand"-blindismen. (Blank, 1957; Stone, 1969; Thurrel en Rice, 1970; Igarashi, 1971; McQuire en Meyers, 1971; Hayman, 1972)

Naast het afleren van blindismen is er in de literatuur ook sprake van het aanleren van adequaat non-verbaal gedrag. Toonen en Wilson (1969) en Sanders en Goldberg (1977) stellen in hun benadering het oogcontact bij visueel gehandicapten centraal.

Apple (1972) leert binnen haar trainingen blinden een aantal non-verbale gedragingen die ondersteunend kunnen zijn voor een goede communicatie met goed-zienden. Zij onderscheidt gedragingen die betrekking hebben op gezichtsuitdrukkingen, gebaren en lichaamshoudingen. (pag. 207)

Halliday en Evans (1974) bespreken een succesvolle poging om het "smiling behavior in a blind, hearing impaired, profoundly retarded girl" met behulp van bio-feedback ² te laten toemen. Bio-feedback-procedures worden door Webb (1974) in zijn training bij een vijftal blinde volwassenen toegepast. Dit met het doel om gezichtsuitdrukkingen, zoals die passen bij verbazing, angst en blijdschap, aan te leren.

Farkas, Sherick, Matson en Loebig (1981) richten zich in hun sociale vaardigheidstrainingen op een aantal blindismen zoals het fladderen met de handen, het tikken met de vingers.

Eveneens verwijzen wij naar de publicaties van Van Hasselt en Hersen (1981), Van Hasselt, Hersen, Kazdin, Sisson, Simon en Mastantuono (1981), Van Hasselt, Simon en Mastantuono (1982), Van Hasselt (1983), Van Hasselt, Simon, Hersen, Kazdin en Mastantuono (1983). In hun trainingen bij blinde kinderen schenken zij met name aandacht aan de houding en het oogcontact.

Ook andere auteurs trainen non-verbaal gedrag. Bij Bonfanti (1976, 1979) ligt het accent op de kijkrichting, oogcontact en

2

Bij bio-feedback-procedures worden bepaalde reacties van het lichaam met elektronische apparatuur gemeten. Direct daarop volgt feedback, waaruit blijkt of de reactie goed was of niet.

Conclusies

Uit het voorgaande literatuuroverzicht blijkt het volgende. De verschillende auteurs bekijken sociale aanpassingsproblemen bij

- goed-zienden vanuit de sociale vaardigheden.
- visueel gehandicapten met name vanuit non-verbale gedragingen. In mindere mate is er aandacht voor sociale vaardigheden.
- beide groepen (goed-zienden en visueel gehandicapten) incidenteel in relatie met de (para)linguistische gedragskenmerken. De samenhangen tussen deze gedragskenmerken en sociale aanpassing zijn bij de verschillende auteurs regelmatig tegenstrijdig met elkaar. Daarom rekenen wij binnen onze definitie van sociale aanpassing de (para)linguistische gedragskenmerken niet tot het uitwendig gedrag.

2.2. Inwendig gedrag als sociale aanpassingsproblematiek

2.2.1. Sociale aanpassingsproblematiek benaderd vanuit het zelfbeeld

Er is veel onderzoek gedaan naar sociale aanpassingsproblemen bij visueel gehandicapten, waarbij het inwendig gedrag als uitgangspunt is genomen. Daarbij valt op dat de diverse onderzoekers de sociale aanpassingsproblematiek ieder vanuit een eigen begrippenkader benaderen. De meeste aandacht is besteed aan het zelfbeeld van blinden en slechtzienden. De achterliggende gedachte hierbij is dat naarmate de sociale aanpassing succesvoller is, er ook sprake zal zijn van een positiever beeld dat de visueel gehandicapte van zichzelf heeft (Mehr, Mehr en Ault, 1970).

In de literatuur vonden wij het volgende:

- Cowen, Underberg, Verrillo en Benham (1961) vonden geen ver-

schil in zelfbeeld tussen visueel gehandicapte en goed-zien-
de adolescenten. De onderzoeksgroep bestond uit 127 visueel
gehandicapten en 40 goed-zienden. Van de groep visueel ge-
handicapten volgde het merendeel het regulier onderwijs,
terwijl zij thuis woonden. De overigen volgden de school
binnen een instituut.

- Jervis (1959) trof geen verschil in zelfbeeld aan bij blinde
en goed-ziende adolescenten.
- Zurich en Ledwith (1965) toonden ditzelfde aan binnen een
onderzoek bij negenjarige blinden en goed-zienden.
- In tegenstelling tot de bovengenoemde auteurs vond Meighan
(1971) dat zijn onderzoeksgroep, bestaande uit 203 visueel
gehandicapte adolescenten, een negatiever beeld van zichzelf
had dan de groep goed-ziende leeftijdsgenoten. Hierbij
gebruikte hij de Tennessee Self Concept Scale. Eveneens con-
stateerde hij dat blinde en slechtziende adolescenten op
gelijke wijze over zichzelf dachten.
- Gerestein (1986) heeft eveneens het zelfbeeld bij visueel
gehandicapten onderzocht. Dit gebeurde bij een groep van 39
visueel gehandicapte adolescenten die alle binnen een insti-
tuut verbleven. De totale onderzoeksgroep was samengesteld
uit 11 blinde, 17 zeer slechtziende en 11 minder ernstig
slechtziende adolescenten. Naast de Tennessee Self Concept
Scale werd eveneens de Rosenberg Self Esteem Scale afgeno-
men. De onderzoeksresultaten van beide schalen ³ lieten zien
dat de blinden de hoogste scores ⁴ behaalden, gevolgd door
de zeer slechtzienden. De minder ernstig slechtzienden
behaalden de laagste scores. Omdat de geconstateerde ver-
schillen niet significant te noemen zijn, betekent dit dat

3

In dit verband wordt verwezen naar de vertaalde versie van de
Tennessee Self Concept Scale door Van Beek en Siegelaer (1985)
en die van de Rosenberg Self Esteem Scale door Van der Linden
e.a. (1983).

4

Een hoge score duidt op een hoog positief zelfbeeld en een
hoge positieve zelfwaardering.

er geen verschil aanwezig is tussen het zelfbeeld van deze blinde en slechtziende adolescenten.

2.2.2. Sociale aanpassingsproblematiek benaderd vanuit andere persoonlijkheidskenmerken

Sociale aanpassingsproblemen bij visueel gehandicapten zijn ook vanuit andere persoonlijkheidskenmerken bestudeerd. De verschillende onderzoeken tonen aan dat visueel gehandicapten minder sociaal aangepast zijn dan goed-zienden:

- Brown (1938) constateerde met behulp van de Beymann-Kohlstedt Diagnostic Test For Introversion-Extroversion dat visueel gehandicapten meer introvert zijn dan hun ziende leeftijdgenoten. In een tweede onderzoek toonde Brown (1939) aan dat blinden zich kenmerkten door een "higher degree of neurotic tendency".
- McAndrew (1948) vond in haar onderzoek dat "the blind are more rigid than the normal".
- Brieland (1950) vond in zijn onderzoek, waarbij de Bell Adjustment Inventory bij visueel gehandicapten en zienden werd afgenomen, dat "the blind students were significantly inferior in health, social and emotional adjustment".
- Bauman (1964) concludeerde met behulp van de Adolescence Emotional Factors Inventory dat slechtziende studenten zich op dit onderzoeksinstrument van goed-zienden onderscheiden door een hogere mate van angst, onzekerheid en eenzaamheid. Eveneens bleek dat visueel gehandicapten die binnen een instituut onderwijs volgen, zich kenmerken door een hogere mate van angst, onzekerheid en meer problemen in relatie met de ouders dan degenen die het regulier onderwijs bezoeken.
- Greenberg, Allison, Fewell en Rich (1957) trokken dezelfde conclusie. Blinde adolescenten die een instituutsschool bezochten, bleken "more neurotic, less self-sufficient, more submissive, less self-confident, about as sociable, and more authoritarian than the norm for the sighted group for these traits." (pag. 406)
- Land en Vineberg (1965) hebben binnen hun onderzoek het

begrip "locus of control" als uitgangspunt genomen. De Bialer-Cromwell Children's Locus of Control Scale werd afgenomen bij een drietal groepen, nl. 18 visueel gehandicapten die het speciaal onderwijs bezochten, 18 visueel gehandicapten die thuis woonden en het regulier onderwijs volgden en tenslotte 18 goed-zienden. De onderzoekers vonden dat de visueel gehandicapten op de factor "internal control" lager scoorden dan de goed-zienden. Tussen de visueel gehandicapten die het regulier en speciaal onderwijs volgden, werden geen verschillen geconstateerd.

- Miller (1970) toonde met behulp van de Anxiety Scale For The Blind aan dat er geen verschil in angst bestaat tussen blinde en slechtziende adolescenten. Desondanks tenderen de onderzoeksresultaten in de richting dat blinden angstiger zijn dan hun slechtziende leeftijdsgenoten. Een significant verschil in de mate van angst werd gevonden tussen de oudere en jongere visueel gehandicapten. Uit analyse van de afzonderlijke items bleek dat de ouderen zich meer zorgen maakten over hun toekomst (waaronder beroepsmogelijkheden en sociale gevolgen van de visuele handicap). Dit laatste vonden Jervis (1959) en Cornett (1969) ook.

2.2.3. Sociale aanpassingsproblematiek benaderd vanuit de handicap-acceptatie

Wij spreken van succesvolle aanpassing of handicap-acceptatie, wanneer het sociale gedrag voor zowel de omgeving als de visueel gehandicapte tot bevredigende resultaten leidt.

Acton (1976) beschrijft het proces van aanpassing als een leerfase "to accept the reality of a condition and then finding suitable ways to live with that condition". (pag. 149)

Een en ander impliceert dat de nadruk wordt gelegd op de interactie tussen de visueel gehandicapte en de omgeving. Van sociale aanpassing is nl. sprake, wanneer de visueel gehandicapte op succesvolle wijze kan inspelen op de eisen die de omgeving stelt.

Dit vinden we terug bij Arkoff (1968), wanneer deze auteur het

aanpassingsproces omschrijft als "a person's interaction with his environment, the reconciliation of personal and environmental demands." (pag. 11)

Binnen de literatuur is het proces van handicap-acceptatie vanuit fasen bestudeerd. Severson (1953) onderscheidt voor een succesvolle aanpassing een drietal fasen, nl. de fase van

- de acceptatie van de visuele handicap,
- het zich eigen maken van specifieke vaardigheden,
- het kunnen omgaan met de attitudes en reacties van goedzienden.

Een aantal auteurs (Dover, 1959; Cohn, 1961; Fitzgerald, 1970; Hicks, 1979) noemt andere fasen.

Cholden (1958) onderscheidt binnen het proces van handicap-acceptatie successievelijk de volgende fasen: 1. schok, 2. depressie, 3. aanpassing.

De verschillende fasenindelingen behoeven elkaar niet uit te sluiten. De laatste fase van Cholden omvat namelijk de fasen die door Severson worden genoemd.

Cutsforth (1951) gaat in op twee reacties die bij visueel gehandicapten kunnen voorkomen. Hij onderscheidt naast "the pattern of compensation" (compensatie) eveneens "the pattern of retreat" (vermijding), die beide het gevolg zijn van gevoelens van onzekerheid. "This feeling of insecurity lays the groundwork for a complex pattern of selfregarding attitudes of social inadequacy. There are two reaction patterns of establishing ego-importance in the group and regaining a feeling of security and self-assurance. While one pattern will dominate in a given personality structure, both tendencies will be in operation. It is this dual pattern, which makes the blind individual apparently so erratic, inconsistent and difficult." (pag. 176)

Conclusies

Het inwendig gedrag bestuderen wij vanuit de belevingsaspecten sociaal en algemeen welbevinden en de mate van tevredenheid. Deze aspecten vinden wij in de literatuur over visueel gehandicapten niet terug. Bij de bestudering van het inwendig gedrag is de meeste aandacht besteed aan het zelfbeeld. Een aantal onderzoekers (Jervis, 1959; Cowen, 1961; Zunich en Ledwith, 1965) geeft aan dat er geen verschil is in het zelfbeeld van visueel gehandicapten en goed-zienden. Daarentegen vond Meighan (1971) dat visueel gehandicapte adolescenten negatiever over zichzelf dachten dan hun goed-ziende leeftijdsgenoten.

Uit de onderzoeken, waarbij de sociale aanpassing met behulp van andere persoonlijkheidskenmerken is bestudeerd, blijkt vaak dat visueel gehandicapten meer sociale aanpassingsproblemen hebben dan goed-zienden (Brown, 1938, 1939; McAndrew, 1948; Greenberg, 1957; Bauman, 1964; Land en Vineberg, 1965). Sociale aanpassingsproblemen kunnen ook vanuit de handicap-acceptatie worden bestudeerd. Een aantal auteurs benadrukt dat de visueel gehandicapte zich binnen dit proces specifieke vaardigheden eigen dient te maken. De blinde of slechtziende moet bijvoorbeeld leren, hoe om te gaan met de eisen van de omgeving.

2.3. Factoren die van invloed zijn op de sociale aanpassing

Tuttle (1984) maakt een verschil tussen interne en externe factoren ("factors internal and external to the individual") die van invloed zijn op de sociale aanpassing. De eerste groep factoren heeft betrekking op de visueel gehandicapte zelf. De tweede groep verwijst naar omgevingsfactoren. Bij deze onderscheiding sluiten wij ons aan.

2.3.1. Interne factoren

Vanuit de literatuur noemen wij de volgende interne factoren:

- de intelligentie. Naarmate de intelligentie hoger is, is de sociale aanpassing succesvoller. "Good general intelligence is the keyfactor to a successful adjustment ..." (Cohen, 1966, pag. 27)
- het geslacht. Cowen, Underberg, Verrillo en Benham (1961) vonden dat mannelijke visueel gehandicapte adolescenten beter aangepast waren dan hun vrouwelijke leeftijdsgenoten. Deze adolescenten woonden alle binnen een instituut.
- de leeftijd van de visueel gehandicapte. Gerestein (1986) vond geen relatie tussen de leeftijd van de visueel gehandicapte en de mate van sociale aanpassing.
- het tijdstip waarop de visuele handicap is verworven. Cohen (1966) veronderstelt dat visueel gehandicapten met aangeboren visusbeperkingen minder sociale aanpassingsproblemen ondervinden dan degenen die hun handicap in de loop van hun leven hebben verworven. "Children blind from birth never have to adjust to blindness per se, and never have to accommodate to the loss of vision as do older children blinded by illness or accident. But the child who becomes blind realizes that he will never see again, and his feelings of hopelessness and despair may cause chronic anxiety and depression" (pag. 26).
- de aard van de visuele handicap. Een aantal auteurs, waaronder Cowen, Underberg, Verrillo en Benham (1961), Bateman (1962), Mehr (1972) constateerden bij slechtzienden grotere aanpassingsproblemen dan bij blinden.
Cohen (1966) onderstreept dit, wanneer hij opmerkt dat "there is often less motivation for the partially sighted child to learn to use any of the aids for the blind, since to some extent he could depend on vision" (pag. 27). Echter vanuit wetenschappelijk onderzoek vindt deze auteur hiervoor geen bevestiging. "There is no evidence whatsoever that partial sight is a worse handicap than total blindness, because of a conflict in whether the child behaves as a blind or sighted child" (pag 26).

- de oorzaak van de visushandicap en het al dan niet geleidelijk verlies van het gezichtsvermogen. (Bauman, 1972)

2.3.2. Externe factoren

Als externe factoren, die van invloed zijn op de mate van sociale aanpassing, noemen wij

- het al dan niet thuis wonen. De invloed van het thuiswonen op de sociale aanpassing van visueel gehandicapten is regelmatig bestudeerd. Head (1979) en Coker (1979) kwamen tot de conclusie dat er geen duidelijk verschil in sociale aanpassing bestaat tussen visueel gehandicapten die in de thuissituatie het onderwijs volgen en degenen die binnen een instituut op een speciale school zitten.

Andere onderzoekers vonden echter dat visueel gehandicapten die binnen een instituut onderwijs volgen, sociaal beter aangepast zijn dan blinden en slechtzienden die buiten een instituut de school bezoeken. (Maglyby en Farley (1968) en Crandell en Streeter (1977).)

- de houding van de omgeving. Fris (1971) geeft aan dat de meeste onderzoekers die de houding van de omgeving ten opzichte van gehandicapten bestudeerden, een gebrek aan acceptatie en veelal ook een regelrechte afwijzing constateerden. Daarbij blijkt uit zijn onderzoek over de houding tegenover lichamelijk gehandicapten dat er b.v. geen opvallende verschillen zijn tussen de attitudes van mannen en vrouwen. Verder vond deze auteur dat

- naarmate men jonger is, men positiever tegenover lichamelijk gehandicapten staat,

- mensen die meer met lichamelijk gehandicapten in aanraking komen, een positievere houding tegenover hen hebben.

Dat leeftijd een rol speelt in de wijze waarop men denkt over gehandicapten, blijkt ook uit het onderzoek van Conant en Budoff (1982). Zij vonden o.a. dat "the older subjects expressed more accurate and detailed knowledge about blindness, but they expressed more unrealistic and more negative beliefs than did the younger subjects." (pag. 86)

Uit de bestaande literatuur blijkt dat goed-zienden zich vaak negatief ten opzichte van visueel gehandicapten opstellen. Dit kan tot sociale aanpassingsproblemen bij blinden en slecht-zienden leiden. Tuttle (1984) geeft aan dat "persons who are visually impaired encounter a wide divergence of predominantly negative attitudes toward blindness. Many of the stereotypic misconceptions have a depressing effect on the self-esteem of blind persons, especially when these attitudes are held by parents, teachers, rehabilitation workers and even the blind person himself." (pag. 45)

Ook Lukoff en Whiteman (1961) onderstrepen dat sociale aanpassingsproblemen het gevolg kunnen zijn van vooroordelen van goed-zienden: "Social disabilities associated with blindness result from the prejudiced attitudes of sighted persons who come in contact with the blind." (pag. 15)

Andere auteurs die de houding van de omgeving hebben bestudeerd, zijn Chevigny en Braverman (1950). Zij gaan in op het feit dat de visueel gehandicapten tezamen als minderheidsgroep beschouwd mogen worden en bestuderen de opvattingen van de omgeving tegenover de visueel gehandicapten vanuit psycho-analytische optiek.

Eveneens hebben Monbeck (1973) en Lowenfeld (1975) de negatieve attitudes van de goed-zienden onder de aandacht gebracht.

Kortom, volgens de literatuur is de houding van de omgeving van grote invloed op het ontstaan van sociale aanpassingsproblemen bij visueel gehandicapten. In de volgende paragrafen gaan wij hierop nader in, waarbij wij dan stilstaan bij de rol van ouders, leerkrachten en leeftijdsgenoten.

2.3.2.1. De invloed van de ouders op het sociale aanpassingsproces

Sommers (1944) heeft de invloed van de ouders (het eerste milieu) op de sociale aanpassing bij een honderdtal blinde adolescenten bestudeerd. Er bleek een samenhang te bestaan tussen de wijze waarop ouders hun gehandicapt kind aanvaarden en de mate van sociale aanpassing van de visueel gehandicapte. Zij merkt op dat overbescherming van de kant van de ouders schadelijk is voor het proces van sociale aanpassing bij de visueel gehandicapte adolescent. Verder concludeerde Sommers dat de wijze waarop de blinde adolescent later functioneert, met name afhankelijk is van de houding van de moeder. Ook Freedman (1966) wijst hierop.

Barry en Marshall (1953) toonden eveneens een relatie aan tussen de houding van de ouders en de mate van sociale aanpassing van het blinde kind.

Cowen, Underberg, Verrillo en Benham (1961) daarentegen troffen binnen hun onderzoek een soortgelijke relatie niet aan. Dit onderzoek had, in tegenstelling tot de studie van Sommers, betrekking op zowel blinde als slechtziende adolescenten. Wel bleek er een samenhang te bestaan tussen de "maternal understanding" ⁵ en het sociaal functioneren van de blinde of slechtziende.

Uit recent onderzoek komt naar voren dat er een verschil in attitude bestaat tussen ouders van blinde kinderen en ouders van slechtziende kinderen (Mulder en Bron, 1985). Het blijkt dat ouders van een blind kind de visuele handicap van hun kind beter accepteren dan ouders van een slechtziend kind. Eveneens werd duidelijk dat ouders van blinde kinderen minder positief over de houding van de omgeving tegenover hun kind denken dan ouders van slechtziende kinderen.

5

"Maternal understanding" verwijst naar de mate van empathie die de moeder voor het kind heeft.

Verder is in het onderzoek nagegaan, welke factoren van invloed zijn op de attitude van de ouders. Geconstateerd werd dat bijvoorbeeld het aantal jaren dat het kind visueel gehandicapt is, geen invloed heeft op de attitude bij ouders van zowel blinde als slechtziende kinderen. Ook bleek het aantal jaren dat het kind binnen een instituut verblijft niet van invloed te zijn op de attitude van ouders met een blind kind. Bij ouders van een slechtziend kind is de trend echter waarneembaar dat de houding positiever is, naarmate het kind langer binnen een instituut woont.

Lambert en West (1980) gaan hierop verder in, wanneer zij een onderscheid maken tussen ouders die de handicap van hun kind ontkennen en ouders die hun visueel gehandicapt kind overbeschermen (zie eveneens Cohen, 1964; Gardner, 1982).

Ouders die de handicap ontkennen, verwachten te veel van hun kind en stellen hierdoor veelal te hoge eisen. Het visueel gehandicapte kind tracht aan deze eisen, die via het proces van internalisatie meestal eigen worden gemaakt, te voldoen. Dit leidt dan vaak tot falen, waarmee het proces van de sociale aanpassingsproblematiek op gang komt.

In geval van overbescherming hebben ouders daarentegen vaak te lage verwachtingen. Het gevolg hiervan is dat er aan het visueel gehandicapte kind te lage eisen worden gesteld. Allerlei ervaringen in bijvoorbeeld sociale situaties doet het blinde of slechtziende kind zodoende niet op. Dit leidt dan op den duur eveneens tot sociale aanpassingsproblemen.

2.3.2.2. De invloed van andere personen op het sociale aanpassingsproces

Visueel gehandicapten voldoen vaak niet aan de verwachtingen van personen uit het tweede milieu: de school. Dit leidt bij goed-zienden tot bijvoorbeeld allerlei vooroordelen die op hun beurt weer van invloed zijn op het sociale aanpassingsproces. Murphy (1960) onderzocht bij 309 leerkrachten hun houding

tegenover gehandicapten in het algemeen, waaronder visueel gehandicapten. Het bleek dat de leerkrachten het meest afwijzend stonden tegenover de groep visueel gehandicapten. Ook bleken de leerkrachten het minst over deze groep te weten. Echter, opvallend was dat leerkrachten binnen het speciaal onderwijs zich positiever tegenover deze groep opstelden. Op grond van dit onderzoek concluderen wij dat wanneer goed-zienenden over meer informatie ten aanzien van blinden en slechtzienden beschikken, zij ook positiever tegenover hen staan. Wyder e.a. (1967) echter toonden in een onderzoek bij leerkrachten aan dat meer kennis over blinden niet gepaard hoeft te gaan met een positievere oordeelsvorming. Ditzelfde werd gevonden door Conant en Budoff (1982).

Eveneens is de houding van goed-ziende kinderen ten opzichte van hun visueel gehandicapte leeftijdsgenoten bestudeerd.

Bateman (1962) vond dat naarmate goed-ziende kinderen vaker met visueel gehandicapte leeftijdsgenoten in contact kwamen, er ook sprake was van een positievere attitude. Bateman stelt bijvoorbeeld dat "those subjects who had known blind children were more positive in their appraisal of the abilities of blind children than were those who had not known blind children. Within the group who had known blind children, the positiveness of their appraisal increased with the number of blind children known." (pag. 45)

Naast de frequentie van contact vond zij dat ook andere factoren van invloed zijn op de oordeelsvorming van goed-ziende kinderen over visueel gehandicapte kinderen. Kinderen uit de stad spraken zich bijvoorbeeld positiever uit dan degenen die daarbuiten woonden. Eveneens werd de houding van goed-ziende kinderen positiever, naarmate zij in een hogere klas zaten. Vergelijkbare onderzoeksresultaten werden door Steinzor (1966) gevonden.

In tegenstelling tot Bateman en Steinzor vond Eaglestein (1975) dat de sociale status van blinde studenten minder werd, naarmate zij langer binnen het onderwijs participeerden. Deze tendens bleek in sommige gevallen zelfs tot afwijzende reac-

ties bij de goed-ziende klasgenoten te kunnen leiden.

Uit de literatuur blijkt dat goed-zienden negatiever over visueel gehandicapten oordelen, naarmate zij onbekender zijn met de handicap. In dit opzicht vormen slechtzienden een groter probleem dan blinden. Slechtzienden beschikken in tegenstelling tot blinden veelal over uiteenlopende visusresten en daardoor visusmogelijkheden. Hierdoor is het voor de goed-ziende niet altijd even duidelijk, wat van slechtzienden verwacht mag worden.

Jan, Freeman en Scott (1977) wijzen hierop, wanneer zij stellen dat "children with partial sight are often misdiagnosed, misunderstood, undereducated and socially ostracized. They are neither blind nor sighted - society does not acknowledge their existence." (pag. 326)

Mede op grond hiervan pleiten veel auteurs voor de ontwikkeling van onderwijsprogramma's om meer begrip te kweken voor de positie van visueel gehandicapten. Realisatie van dit pleidooi treffen wij aan bij Siperstein en Bak (1980) die aantoonde dat kinderen na het volgen van een onderwijsprogramma positiever over visueel gehandicapten oordeelden.

Conclusies

De mogelijke invloed van interne en externe factoren op het proces van sociale aanpassing is in beperkte mate onderzocht. Desalniettemin zijn de onderzoeken hieromtrent vrij eensluidend in hun conclusies. Binnen deze onderzoeken heeft men een aantal factoren geïdentificeerd die van invloed zijn op de sociale aanpassing, namelijk de intelligentie, de leeftijd van de visueel gehandicapte, het moment waarop de handicap is verworven en de ernst van de visushandicap.

Naast deze interne factoren beïnvloeden ook externe factoren het proces van sociale aanpassing. Zoals we hebben gezien, is b.v. de houding van de omgeving hierbij van belang. Sociale aanpassingsproblemen bij visueel gehandicapten beschouwen wij

daarom mede als gevolg van de "ontkennende" en "overbescher-
mende" houding van de ouders. Eveneens is gebleken dat de ne-
gatieve houding van b.v. leerkrachten, klasgenoten tot sociale
aanpassingsproblemen kan leiden. Verder constateerden wij dat
deze negatieve houding op haar beurt het gevolg is van de on-
bekendheid van goed-zienden met visuele handicaps.

3. VERKLARINGSMODELLEN VOOR SOCIALE AANPASSINGSPROBLEMEN BIJ VISUEEL GEHANDICAPTEN

Binnen de literatuur over visueel gehandicapten vinden wij geen algemene verklaringstheorieën voor de sociale aanpassingsproblemen. Tot deze constatering kwamen eveneens Foulke (1972), Kirtley (1975) en Lowenfeld (1981). Daarom hebben wij aansluiting gezocht bij een aantal algemene leer- en gedragstheorieën. Zij zijn namelijk goed bruikbaar voor de verklaring van sociale aanpassingsproblemen bij visueel gehandicapten. Daarnaast bieden zij aanknopingspunten voor de opzet van de sociale vaardigheidstraining (zie hoofdstuk 5).

Op grond van onze definitie van sociale aanpassing spreken wij van sociale aanpassingsproblemen, wanneer

- de sociale vaardigheden en non-verbale gedragingen (uitwendig gedrag) van de visueel gehandicapte door de omgeving als inadequaet worden beschouwd

en/of wanneer:

- de visueel gehandicapte de gevolgen van eigen gedrag als negatief beleeft (inwendig gedrag). In dit geval is er sprake van een laag sociaal en algemeen welbevinden en een lage mate van tevredenheid.

Wij spreken van sociale aanpassingsproblemen, wanneer zich op minstens één van beide gedragsniveaus problemen voordoen.

Uitgaande van de leer- en gedragstheorieën presenteren wij twee gedragsdeficiëntiemodellen, een angst-inhibitie-model, een cognitie-inhibitie-model en een zelfsturingsdeficiëntiemodel.

Vogens de Groot (1975) worden de begrippen theorie en model op nogal uiteenlopende wijze gebruikt. In navolging van de Groot beschouwen wij een theorie als "een systeem van logisch samenhangende, met name niet-strijdige beweringen, opvattingen en begrippen" (pag. 42). Een theorie kan los van de werkelijkheid worden gezien. Een model daarentegen is een schemati-

sering van de werkelijkheid en poogt deze werkelijkheid te benaderen. Een model is een verbijzondering van een theorie. Sociale aanpassingsproblemen verklaren wij vanuit genoemde modellen. Deze modellen zijn gebaseerd op algemene leer- en gedragstheorieën (zie tabel 2).

Tabel 2. Verklaringsmodellen voor uitwendige sociale aanpassingsproblemen bij visueel gehandicapten

Leer- en gedragstheorieën:	Verklaringsmodellen:	Begrippen:	Uitwendige sociale aanpassingsproblemen:
<u>Leertheorieën:</u>			
Cognitieve leertheorie over modelleren Operante conditioneringstheorie	Gedragsdeficientie-modellen	Gedragsdeficienties	Sociale vaardigheids-tekorten, tekorten in non-verbale gedragingen Verkeerd geleerde sociale vaardigheden en non-verbale gedragingen
Klassieke conditioneringstheorie Operante conditioneringstheorie	Angst-inhibitie-model	Angst	Niet uitvoeren van sociale vaardigheden (vermijdings- en ontsnappingsgedrag)
<u>Gedragstheorieën:</u>			
Labelingtheorieën	Cognitie-inhibitie-model	Inadequate labeling, angst	Niet uitvoeren van sociale vaardigheden (vermijdings- en ontsnappingsgedrag)
Feedbacktheorie Probleemoplossingstheorie	Zelfsturings-deficientie-model	Dysfuncties Inadequate oplossingsstrategieën	Inadequate hantering van sociale situaties

3.1. De gedragsdeficiëntiemodellen

Sociale aanpassingsproblemen worden verklaard vanuit gedragsdeficiënties. In het kader van de twee leertheorieën met bijbehorende modellen verklaren wij sociale aanpassingsproblemen vanuit

- sociale vaardigheidstekorten en tekorten in non-verbale gedragingen (3.1.1.),
- verkeerd geleerde sociale vaardigheden en verkeerd geleerde

non-verbale gedragingen (3.1.2.).

Sociale aanpassingsproblemen beschrijven wij niet vanuit de (para)linguistische gedragskenmerken. Uit de literatuur bleek niet overtuigend dat deze kenmerken een relatie met sociale aanpassingsproblemen hebben.

3.1.1. Sociale vaardigheidstekorten en tekorten in non-verbale gedragingen

Volgens dit model ontbreken de sociale vaardigheden geheel of gedeeltelijk in het gedragsrepertoire van de visueel gehandicapte. Hierdoor lukt het de blinde of slechtziende niet om bijvoorbeeld op adequate wijze een gesprek met anderen aan te knopen of zo'n gesprek gaande te houden. Daarnaast missen visueel gehandicapten in hun gedragsrepertoire juist die non-verbale gedragingen die ondersteunend kunnen zijn voor een goede verbale communicatie. In hoofdstuk 2 (2.1.3.) noemden wij dat visueel gehandicapten een beperkte lichaamstaal hebben. Volblinden missen een goede gezichtsmimiek. Deze en andere gedragstekorten verklaren wij uit het feit dat het modelleren bij visueel gehandicapten in onvoldoende mate plaatsvindt. Bij modelleren - men spreekt ook wel van leren door imiteren of sociaal leren - wordt het waargenomen gedrag van één of meerdere personen geïmiteerd volgens het proces dat in figuur 1 (zie Orlemans, 1978, pag. 93) wordt gepresenteerd.

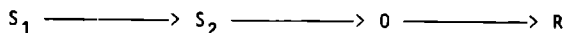
Bij de presentatie van de figuren 1 t/m 3 hebben wij gebruik gemaakt van de schema's die door Orlemans worden gegeven.

Deze schema's, die verklaringen zijn voor gedrag in het algemeen, gebruiken wij voor verklaringen van sociale aanpassingsproblemen bij visueel gehandicapten.

De figuren 4 t/m 6 zijn varianten van de door Orlemans' gepresenteerde conditioneringsschema's.

Van jongsaf aan leert men veel door modelleren. Hierbij ziet het goed-ziende kind de houding van een ander en het kan daar diverse gevolgtrekkingen uit maken. Het kind ziet de gelaats-trekken, het ziet wat voor een gezicht de ander in een bepaal-

de situatie trekt. Een klein, subtiel gebaar kan een wereld van bedoelingen aangeven. Het visueel gehandicapte kind mist dit allemaal, waardoor het "leren door afkijken" veel minder gebeurt. In vergelijking met het goed-ziende kind is het visueel gehandicapte kind dus in het nadeel, wat betreft het leren van sociale vaardigheden en non-verbale gedragingen.



Figuur 1: Het modelleren

Wij verklaren:

S1: stimulus: modelgedrag

S2: stimulus: consequenties verbonden aan het modelgedrag

O : observator: kenmerken van en processen in de observator

R : respons van de observator

Bij bestudering van de theorie van Bandura (1974, 1978, 1986) over modelleren valt op dat deze auteur een algemene leertheorie presenteert.

Binnen deze leertheorie onderscheiden wij de

- antecedente determinanten (S1 en S2).

De determinanten hebben betrekking op de modelkenmerken (S1) en de consequenties van het modelgedrag (S2).

Modelkenmerken: In het algemeen worden modellen die aanzien genieten, status, macht of bekwaamheden bezitten, eerder geïmiteerd dan personen die deze kenmerken niet hebben.

Consequenties van het modelgedrag: Hiermee bedoelen wij de instrumentele waarde van het modelgedrag. Wanneer bepaald modelgedrag effectief is voor het bereiken van een door de observator positief gewaardeerd doel, zal dit gedrag eerder worden overgenomen dan wanneer de gevolgen van dit gedrag onduidelijk zijn.

- kenmerken van en processen in de observator

Observatorkenmerken: Personen die vaak zijn beloond voor imitatiegedrag, personen met een beperkte zelfwaardering en degenen die zich onbekwaam voelen of zich afhankelijk opstellen zijn met name geneigd te leren van succesvolle modellen.

Naast de observatorkenmerken spelen een aantal processen in de observator eveneens een rol. Wij noemen de:

Waarnemingsprocessen: Wil de imitatie tot stand komen, dan dient de observator het modelgedrag goed te kunnen observeren (attentie). Het hoeft geen betoog, dat visueel gehandicapten hierbij beperkingen ondervinden. Het resultaat van het waarnemen is verder afhankelijk van situatie-aspecten en andere kenmerken van de persoon. Als situatie-aspecten noemt Bandura de complexiteit, duidelijkheid, frequentie van voorkomen en affectieve betekenis van het modelgedrag. De persoonskenmerken hebben betrekking op de verwachtingen, waarnemings-"set" en alertheid ("arousal"). Deze kenmerken spelen een rol bij de selectie van de informatie uit het modelgedrag.

Geheugenprocessen: De effectiviteit van het te leren gedrag hangt mede af van de wijze waarop de informatie wordt verwerkt en onthouden (retentie). Bandura onderscheidt naast visuele codering (plaatjesgeheugen) de symbolische codering. De symbolische codering kan leiden tot een geschematiseerde voorstelling van het waargenomene.

Motivationele processen:

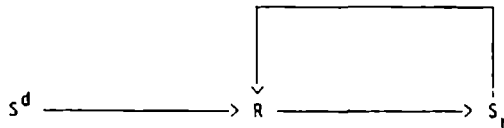
De reproductie van het te leren gedrag is afhankelijk van de cognitieve motivatie vanwege de geanticiperde consequenties van het te leren gedrag. Met andere woorden betekent dit dat men iets doet, omdat men vermoedt wat de gevolgen zijn. Bandura noemt dit verwachtingsleren ("expectancy"-leren).

Wij stelden vast dat het modelleren bij visueel gehandicapten in beperktere mate plaatsvindt dan bij goed-zienden. Visueel gehandicapten kunnen de visuele kenmerken van het model en de instrumentele waarde en de consequenties van het modelgedrag niet of gedeeltelijk waarnemen. Ditzelfde geldt voor situatie-

aspecten, waaronder de complexiteit van het modelgedrag.

3.1.2. Verkeerd geleerde sociale vaardigheden en verkeerd geleerde non-verbale gedragingen

Binnen het gedragsrepertoire van visueel gehandicapten worden regelmatig verkeerd geleerde sociale vaardigheden en verkeerd geleerde non-verbale gedragingen opgemerkt. Bij de presentatie van de literatuur over sociale aanpassingsproblemen bij visueel gehandicapten (hoofdstuk 2) noemden wij voorbeelden van non-verbale gedragingen die o.a. betrekking hebben op de gezichtsuitdrukking, lichaamshouding, kijkrichting. Voor deze en andere verkeerd geleerde non-verbale gedragingen levert het operante conditioneringsparadigma een verklaring (Skinner, 1969, 1971, 1973, 1974). Dit paradigma is weergegeven in figuur 2 (zie Orlemans, 1978, pag. 55).



Figuur 2. Het operant leren van verkeerde sociale vaardigheden en non-verbale gedragingen

Wij verklaren:

S^d: discriminatieve stimulus: sociale situatie (b.v. een gesprek voeren met een goedziende).

R : respons: verkeerde lichaamshouding

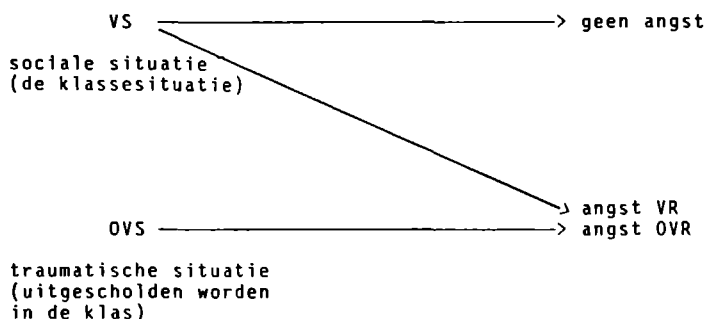
S_r: bekrachtigende stimulus: de positieve gevolgen van het gesprek fungeren als bekrachtiging (lichamelijke sensatie)

Bij visueel gehandicapten blijven verkeerd geleerde non-verbale gedragingen mede in stand door het niet kunnen waarnemen van non-verbale afkeuringen door de goed-ziende omgeving.

Naast verkeerd geleerde non-verbale gedragingen noemen wij de blindismen die wij als autonome bewegingspatronen beschouwen. De lichamelijke sensatie (zelfstimulatie) die visueel gehandicapten tijdens het blinderen ervaren, is de bekrachtigende stimulus voor het blinderend gedrag.

3.2. Het angst-inhibitie-model

Binnen dit model spreken wij van sociale aanpassingsproblemen, wanneer de sociale vaardigheden die wel worden beheerst, niet worden uitgevoerd. Dit is het gevolg van inhibitie (remming) door angst. Bij het ontstaan en het in stand houden van dit vermijdingsgedrag spelen twee leerprocessen een rol, nl. de klassieke en operante conditionering (Wolpe, 1958, 1969, 1982; Wolpe en Lazarus, 1966; Wolpe en Wolpe, 1981). Het proces van klassieke conditionering is weergegeven in figuur 3 (zie Orlemans, 1978, pag. 35).



Figuur 3: De klassieke conditionering

Wij verklaren:

VS : voorwaardelijke stimulus: sociaal situatie (b.v. de classesituatie)

OVS: onvoorwaardelijke stimulus: traumatische situatie (b.v. uitgescholden worden in de klas)

VR : voorwaardelijke respons: angst

OVR: onvoorwaardelijke respons: angst

Blijvende inhibitie door angst van één of meerdere sociale vaardigheden is te verklaren vanuit het proces van operante conditionering. Door de sociale vaardigheden niet meer toe te passen vindt er reductie van angst plaats. Deze angstreductie heeft op zijn beurt een bekrachtigende werking op het vermijdings- en ontsnappingsgedrag. Dit proces is weergegeven in figuur 4.



Figuur 4: Het operant leren van vermijding (en ontsnapping)

Wij verklaren:

VS: voorwaardelijke stimulus: sociaal situatie (b.v. de klas-situatie)

VR: voorwaardelijke respons: angst

S^d: discriminatieve stimulus: angst

R : vermijdings- en ontsnappingsgedrag

S_r: bekrachtigende stimulus: angstreductie

Wij maken hierbij een onderscheid tussen vermijding en ontsnapping. Vermijding is de onttrekking aan een voorwaardelijke stimulus; ontsnapping is het zich onttrekken aan een aanwezige aversieve stimulus.

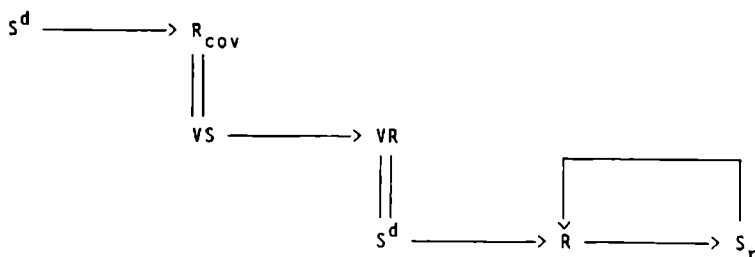
3.3. Het cognitie-inhibitie model

Uit paragraaf 3.2. blijkt dat het ontstaan van sociale angst verklaard kan worden met behulp van het klassieke S-R model. Echter, de gedragstherapie heeft een belangrijke ontwikkeling doorgemaakt. Lag in de beginjaren van de gedragstherapie nauwelijks een accent op de cognitieve processen, de laatste

jaren is daar duidelijk verandering in gekomen. Steeds meer wordt de invloed van de cognities op de relatie tussen stimulus en respons beklemtoond. Cognitieve processen blijken er namelijk verantwoordelijk voor te zijn dat personen op verschillende wijzen op dezelfde situaties reageren.

Leertheoretici onderkennen de afgelopen jaren steeds meer de plaats van cognitieve processen in relatie tot angst. Angst is dan niet meer een automatische reactie op een geconditioneerde of ongeconditioneerde stimulus, maar bijvoorbeeld het resultaat van een wijze van denken over wat wordt waargenomen (in ons geval de sociale situatie).

In dit model wordt het bestaan van angst vanuit de labelings-theorieën (Meyers, 1978) verklaard. Hiermee doelen wij niet op de traditionele labelingstheorieën, waarbinnen sociale aanpassingsproblemen bij visueel gehandicapten het resultaat zijn van etikettering door de goed-ziende omgeving (Lowenfeld, 1975). Binnen onze labelingstheorieën is angst het gevolg van inadequate labeling (irrationele ideeën en denkfouten) door de visueel gehandicapte zelf. Deze angst leidt tot vermijdings- en ontsnappingsgedrag van toepassing van sociale vaardigheden (b.v. achterwege laten om hulp te vragen). Angstreductie leidt hier eveneens tot het in stand houden van dit gedrag. Dit proces hebben wij weergegeven in figuur 5.



Figuur 5: het operant leren van vermijding (en ontsnapping)

Wij verklaren:

Sd : discriminatieve stimulus: sociale situatie

Rcov: respons, cov = covert operants of the mind: inadequate labeling

VS : voorwaardelijke stimulus: inadequate labeling

VR : voorwaardelijke respons: angst

Sd : discriminatieve stimulus: angst

R : respons: vermijdings- en ontsnappingsgedrag

Sr : bekrachtigende stimulus: angstreductie

Irrationele ideeën

Een aantal auteurs stellen dat angst voortkomt uit irrationele ideeën over de werkelijkheid (Ellis en Grieger, 1977; Ellis en Harper, 1980; Ellis en Bernard, 1985). Deze ideeën zijn irrationeel, omdat zij niet gebaseerd zijn op feiten of verificerbare opvattingen. Voorbeelden van irrationele ideeën zijn:

- "Mijn visushandicap heeft mijn leven totaal vernield."
- "Ik weiger mijn stok te gebruiken, omdat ik dan zo hulpeloos lijk."
- "De mensen tonen meer nieuwsgierigheid dan begrip voor je."
- "Doordat je als gehandicapte steeds om hulp moet vragen, gaan de mensen steeds minder in je zien."

Deze irrationele gedachten zijn items die overgenomen zijn uit "The Anxiety Scale for the Blind" (Hardy, 1968) en de AGAS (Buijk, 1985).

Irrationele gedachten liggen opgesloten in de zelfspraak. Het soort negatieve zelf-verbalisaties dat hierboven is opgesomd, beschouwen wij als een eindeloos piekeren over het (vermeende) onvermogen iets aan een bepaalde situatie te veranderen. Dit piekeren leidt ertoe dat de blinde of slechtziende nog minder aandacht heeft voor de eisen van een sociale situatie. Door faalervaringen neemt de angst verder toe, waardoor een vicieuze cirkel ontstaat die het problematische karakter van een situatie alleen nog maar verder in stand zal houden.

Denkfouten

Andere auteurs gaan ervan uit dat angst het gevolg is van denkfouten (Beck, 1972, 1978; Beck, Rush en Shaw, 1983; Beck, Emery en Greenberg 1985). Zij constateren bij sociaal angstige personen de volgende denkfouten:

- conclusies trekken zonder dat daarvoor feiten aanwezig zijn.
- het overdrijven van gebeurtenissen.
- het over het hoofd zien van een belangrijk aspect van een gebeurtenis.
- het redeneren in termen van uitersten.
- het veralgemeniseren van een gebeurtenis.

Wij stelden in hoofdstuk 2 (2.3.2.1.) vast dat visueel gehandicapten vaak te hoge of te lage verwachtingen hebben ten aanzien van eigen gedragseffectiviteit. Dit verschijnsel kunnen wij verklaren vanuit inadequate labelingsprocessen.

Bandura stelt dat verwachtingen het gedrag van personen sterk beïnvloeden. Vanuit zijn theorie over "self-efficacy" onderscheidt hij twee soorten verwachtingen, nl.

- "efficacy expectations": verwachtingen dat bepaald gedrag uitgevoerd kan worden,
- "outcome expectations": verwachtingen dat door bepaald gedrag bepaalde doelen bereikt worden.

De verwachtingen omtrent eigen bekwaamheid zijn onder meer het gevolg van

- de ervaringen die de persoon met eigen gedrag heeft gehad. Wanneer het "eigen kunnen" aan den lijve is ervaren, zijn de verwachtingen positief. Negatieve verwachtingen zijn echter het gevolg van faalervaringen.
- modelleren. Uit onderzoek is gebleken dat het ervaringsleren een grotere (positieve) invloed heeft op de verwachtingen omtrent eigen gedragseffectiviteit dan het modelleren.

3.4. Het zelfsturingsdeficiëntiemodel

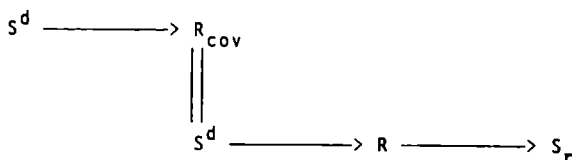
Het zelfstandig toepassen van probleemoplossingsregels wordt

in de engelstalige literatuur aangeduid met "self-control", "self-regulation", "self-management", "self-mediated behavior", "self-generated behavior", "inter-response-control". Deze termen worden regelmatig door elkaar gebruikt.

Kanfer (1970) gebruikt de begrippen zelfregulatie ("self-regulation") en zelfcontrole ("self-control") niet als synoniemen. Zelfregulatie hanteert hij voor die situaties, waarbinnen de persoon door actieve inspanning zijn gedrag in stand houdt en waarbij eventueel kleine veranderingen, in de zin van aanpassingen, worden uitgevoerd. Zelfcontrole heeft daarentegen betrekking op situaties, waarin de persoon ingrijpende gedragsverandering bewerkstelligt.

In navolging van Prins (1984) maken wij geen keuze voor één van deze begrippen. Wij hanteren het begrip "zelfsturing". Volgens Prins is er pas sprake van zelfsturing, wanneer de bijdrage van directe externe invloed op het gedrag relatief gering of afwezig is en wanneer de persoon voor de sturing van zijn gedrag op zichzelf aangewezen is. Zelfsturing kan resulteren in het leren van nieuw gedrag, het elimineren van onangepast gedrag en het in stand houden van aangeleerd gedrag.

Sociale aanpassingsproblemen bij visueel gehandicapten hebben hier betrekking op de inadequate hantering van sociale situaties ten gevolge van inadequate zelfsturing. Met andere woorden: de regels of voorschriften die voorwaarden zijn om effectief met anderen om te gaan, worden door visueel gehandicapten onjuist gehanteerd. De sociale vaardigheden op zich worden wel beheerst. In figuur 6 hebben wij dit proces weergegeven.



Figuur 6: Het ontstaan van inadequate hantering van sociale situaties

Wij verklaren:

Sd : discriminatieve stimulus: sociale situatie

Rcov: respons, cov = covert operants of the mind: inadequate zelfsturing

Sd : discriminatieve stimulus: inadequate feedback en oplossingsstrategieën

R : respons: inadequate hantering

Sr : aversieve stimulus: negatieve consequenties

Ter verklaring van de inadequate zelfsturing gaan wij uit van de

- feedbacktheorie (het zelfregulatiemodel van Kanfer (1971, 1985)

- probleemoplossingstheorie van D'Zurilla en Goldfried (1971)

Binnen de feedbacktheorie gaat men ervan uit dat gedrag steeds een gecombineerde functie is van een drietal stimuli (Kanfer, 1971, 1985; Kanfer en Goldstein, 1980; Kanfer en Karoly, 1982). De auteurs onderscheiden de externe (materiële en sociale) stimuli, fysiologisch-biologische stimuli en de interne zelfgeproduceerde stimuli. Wanneer één van de drie soorten stimuli een overheersende invloed uitoefent op het gedrag, is er sprake van respectievelijk externe gedragsbeïnvloeding, fysiologisch-biologische beïnvloeding en van zelfsturing. Geen enkel gedrag wordt volledig verklaard door uitsluitend één van deze stimulus-bronnen. Zelfsturing (self-regulation) staat in laatste instantie onder invloed van externe stimuli.

De auteurs gaan ervan uit dat zelfsturing een sequentie van deelgedragingen is. Deze deelgedragingen zijn de

- zelfobservatie: dit is het nauwkeurig registreren van eigen gedrag, inclusief datgene wat aan het gedrag vooraf gaat (antecedenten) en wat er op volgt (consequenties).
- zelfevaluatie: dit is de beoordeling van het geregistreeerde eigen gedrag met behulp van een zelf gestelde norm.
- zelfbekrachtiging: dit is het belonen van eigen gedrag in het geval dat voldaan is aan de norm en het bestraffen, wanneer hieraan niet is voldaan.

Inadequate zelfsturing beschouwen wij als gevolg van dysfuncties binnen de zelfobservatie, zelfevaluatie en zelfbekrachtiging. Rehm (1981) beschrijft dysfuncties in de

- zelfobservatie: de selectieve observatie van de negatieve aspecten van eigen gedrag en het gedrag van de ander, van onmiddellijke (negatieve) consequenties van eigen gedrag en het niet observeren van (positieve) consequenties.
- zelfevaluatie: de negatieve evaluatie van eigen gedrag, doordat er steeds te hoge eisen worden gesteld. Daarnaast worden oorzaken van negatieve gebeurtenissen aan zichzelf en oorzaken van positieve gebeurtenissen aan anderen toegekend.
- zelfbekrachtiging: onvoldoende beloning van zichzelf en een te hoog niveau van zelfbestraffing.

Binnen de probleemoplossingstheorie is de inadequate zelfsturing het gevolg van een onjuiste probleemoplossingsstrategie. Een probleemoplossingsstrategie zien wij als een zelfsturingsmethode die uit vijf fasen bestaat, nl.

1. algemene oriëntatie,
2. probleemdefiniëring en -formulering,
3. bedenken van oplossingen,
4. kiezen van een oplossing,
5. verificatie.

Voor verdere informatie verwijzen wij naar D'Zurilla en Goldfried (1971), Goldfried en Davison (1976), Goldfried en Goldfried (1980). Deze auteurs bieden een goed uitgewerkte methode, een denkwijze aan, met behulp waarvan visueel gehandicapten sociale aanpassingsproblemen kunnen oplossen. Fouten binnen de verschillende fasen leiden tot sociaal onaangepast gedrag. Deze fouten zijn bij visueel gehandicapten eveneens het resultaat van het geheel of gedeeltelijk niet kunnen waarnemen van visuele cues. Het risico dat visueel gehandicapten interpretatiefouten (verkeerd beoordelen van sociale situaties) maken, is daarom groot. Omdat wij de opvattingen van bovengenoemde auteurs als vertrekpunt nemen voor de opzet van onze training, werken wij de fasen verder uit in hoofdstuk 5.

Wij noemen eveneens de publicaties van Spivack, Platt en Shure (1976) en Shure en Spivack (1978). Deze auteurs bieden geen uitgewerkte zelfsturingsmethode, maar bespreken een aantal cognitieve vaardigheden (Interpersonal Cognitive Problem Solving Skills - I.C.P.S.-Skills). Zij onderscheiden de volgende vaardigheden:

1. het accepteren en herkennen van interpersoonlijke problemen.
2. het bedenken van alternatieve oplossingen voor een probleem. De nadruk ligt hier op het produceren van alternatieven en niet op het kiezen van de beste oplossing. Spivack e.a. noemen deze vaardigheden het "alternatief denken".
3. het stapsgewijs oplossen van interpersoonlijke problemen. Het vaststellen van tussendoelen houdt o.a. het herkennen van mogelijke obstakels in en omvat het inschatten van de reacties van anderen. Dit "tussendoel denken" kan beschouwd worden als een plan dat aangeeft, wat men moet doen om een probleem op te lossen.
4. het bedenken van de gevolgen van sociale gedragingen. Deze vaardigheid wordt met "consequentieel denken" aangeduid.
5. het kunnen verbinden van de ene gebeurtenis met een andere; hiermee wordt het "causaal denken" bedoeld.
6. het zich kunnen inleven in de gevoelens van de ander.

Bij vergelijking van beide probleemoplossingsbeschrijvingen valt op dat

1. twee fasen binnen de probleemoplossingsstrategie min of meer overeenkomen met twee cognitieve vaardigheden, nl.
 - de algemene oriëntatie met het accepteren/herkennen van interpersoonlijke problemen,
 - het bedenken van oplossingen met het stapsgewijs oplossen van interpersoonlijke problemen.
2. beide opvattingen de nadruk leggen op het vermogen om in alternatieven te denken.
3. D'Zurilla e.a. met elk probleem dat zich voordoet, werken. Spivack e.a. zien een duidelijk verschil tussen interper-

soonlijke en andere problemen en richten zich specifiek op problemen tussen mensen.

4. D'Zurilla e.a. weinig aandacht besteden aan het uit te voeren gedrag, in tegenstelling tot Spivack e.a. Bij deze laatste auteurs wordt het uit te voeren gedrag uitgebreid geoefend. Spivack e.a. doen uitgebreid onderzoek naar cognitieve vaardigheden. Zij plaatsen deze vaardigheden, die zich ontwikkelen vanaf de kleuterleeftijd, in een genetisch psychologisch perspectief.

Genoemde auteurs verklaren sociale aanpassingsproblemen (inadequate hantering van sociale situaties) vanuit cognitieve vaardigheden. Echter, wij realiseren ons dat deze sociale aanpassingsproblemen bij visueel gehandicapten eveneens verklaard kunnen worden vanuit problemen binnen de reproductie van goed geleerd gedrag. Visueel gehandicapten zijn vaak niet in staat de sociale vaardigheden en non-verbale gedragingen op het juiste moment te reproduceren. Daarnaast kan de reproductie van gedrag ook te lang duren. Een blinde kan b.v. doorpraten bij het verveelde, ongeïnteresseerde of ongeduldige gezicht van de goed-ziende die op hete kolen zit of nog wel wat anders te doen heeft.

Conclusies

Sociale aanpassingsproblemen bij visueel gehandicapten verklaren wij vanuit een aantal leer- en gedragstheorieën. Tussen de gedragstheorieën (labelings-, feedback-, probleemoplossingstheorieën) blijken raakvlakken te liggen. Sociale aanpassingsproblemen kunnen verklaard worden vanuit inadequate labeling (irrationele ideeën, denkfouten). Daarnaast zijn sociale aanpassingsproblemen bij visueel gehandicapten te verklaren vanuit dysfuncties binnen de zelfobservatie, zelfevaluatie en zelfbekrachtiging. Deze dysfuncties kunnen op hun beurt het gevolg zijn van inadequate labeling.

We concluderen verder dat de zelfobservatie en zelfevaluatie

(feedbacktheorie) min of meer overeenkomen met respectievelijk de probleemdefiniëring/-formulering en verificatie (theorie over probleemoplossingsstrategieën). Ondanks deze raakvlakken heeft elk van de behandelde gedragstheorieën een eigen plaats binnen de sociale vaardigheidstraining (zie hoofdstuk 6).

4. SOCIALE VAARDIGHEIDSTRAININGEN: EEN LITERATUUROVERZICHT

In paragraaf 2.1. hebben wij een groot aantal auteurs genoemd die zich richten op de behandeling van sociale aanpassingsproblemen bij goed-zienden en visueel gehandicapten. Daarnaast kennen wij nog andere auteurs die sociale vaardigheidstrainingen hebben opgezet. Wij noemen in dit verband: Clijssen e.a. (1975), Schouten (1978), Van Son (1978), De Kruijff en Anbeek (1980), Van Erven (1980), Bash en Camp (1980), Riksen (1981), Bartels (1986).

Opvallend is dat de verschillende sociale vaardigheidstrainingen voor verschillende populaties zijn ontwikkeld:

Meyers (1978) en Deboutte, Van Waning en Van Engeland (1979) werken binnen hun trainingen met sociaal angstige kinderen.

Van Dam-Baggen en Kraaimaat (1979) en Van Dam-Baggen (1987) richten zich op psychiatrische patiënten die minimaal 16 jaar oud zijn.

Bash en Camp (1980) leren impulsieve en agressieve kinderen van ongeveer 8 jaar om te gaan met dagelijkse probleemsituaties.

Bartels (1986) heeft een sociale vaardigheidstraining ontwikkeld voor jeugdige delinquenten en probleemjongeren.

Bonfanti (1976, 1979) leert blinde jong-volwassenen verbaal en non-verbaal gedrag. In dit verband merken wij op dat de meeste trainingen voor visueel gehandicapten ontwikkeld zijn voor adolescenten en volwassenen (Everhart, Luzader en Tullos, 1980).

Op grond van onze literatuurstudie blijkt dat het grootste gedeelte van de publikaties stamt uit het afgelopen decennium. De meeste publikaties gaan echter onvoldoende in op de behandeling van sociale gedragsproblemen. Veelal ontbreken

programma-beschrijvingen, in andere gevallen blijft zelfs onduidelijk, welke vaardigheden aangeleerd worden, om hoeveel zittingen het gaat enz.

Uitzonderingen hierop vormen de publikaties van enkele auteurs, namelijk Van Dam-Baggen en Kraaimaat (1979), Van Son (1978) en Beekers (1982).

Deze auteurs gaven ons daarom aanknopingspunten voor de ontwikkeling van sociale vaardigheidstrainingen bij visueel gehandicapten. De publikaties van genoemde auteurs vatten wij daarom in het kort samen.

4.1. Van Son's sociale vaardigheidstherapie

De individuele sociale vaardigheidstherapie van Van Son (1978) omvat 12 zittingen van elk 1 uur. Per week vinden er '2 zittingen plaats. De sociale vaardigheidstherapie, die aan volwassenen met sociale gedragsproblemen wordt gegeven, is gericht op

- het uitwendig en inwendig gedrag.

Tot het inwendig gedrag rekent Van Son sociale angst en cognities die betrekking hebben op de ideeën van de cliënt over eigen mogelijkheden.

- de generalisering van therapie-effecten.

Datgene in de therapie wordt aangeboden, moet de cliënt kunnen toepassen in de dagelijkse praktijk. De oefeningen binnen de therapie sluiten daarom aan bij de leefwereld van de cliënt.

- de zelfwerkzaamheid.

De therapie is zo ingericht dat de cliënt zoveel mogelijk actief wordt en zelf verantwoordelijk is voor de voortgang van de behandeling.

Binnen het therapieprogramma is de eerste zitting gericht op wederzijdse kennismaking. Daarnaast gaat de therapeut o.a. in op de achtergronden van de behandeling en worden er afspraken gemaakt. Tijdens de overige zittingen worden gedragsproblemen

geanalyseerd en wordt alternatief gedrag geoefend. Dit gebeurt naar aanleiding van situaties waarover tijdens de kennismaking is gesproken, situaties die de cliënt heeft opgeschreven of onthouden, en de observatie-gegevens die de therapeut heeft verkregen (b.v. de manier waarop de cliënt zit, praat enz.).

Is het probleemgedrag niet helder genoeg, dan is het diagnostisch rollenspel een belangrijk hulpmiddel. Hierbij doet de cliënt voor, hoe in een bepaalde sociale situatie gereageerd is.

Een probleemsituatie wordt geanalyseerd met behulp van de volgende punten:

1. wat voor situatie is het? (wie zijn erbij, waar en wanneer gebeurt het, wat is je doel en je gevoel).
2. wat doe je?
3. wat is het gevolg? (op lange en korte termijn, positief en negatief, voor jezelf en anderen, materieel en gevoelsmatig).

Deze vragen dient de cliënt zich tijdens de behandeling eveneens eigen te maken.

Na analyse vindt formulering van het alternatief gedrag plaats. Dit gedrag oefent de cliënt en hierbij geeft de therapeut gedragsinstructies, gedragscorrecties en feedback. Eveneens worden er huiswerkopdrachten gegeven. Aan het eind van de zitting krijgt de cliënt bijvoorbeeld de opdracht om de oefende situatie zoveel mogelijk buiten de therapie te oefenen. Hiervan maakt de cliënt een verslagje dat tijdens de volgende zitting wordt besproken. Naarmate de therapie vordert, wordt er met steeds moeilijker situaties geoefend.

Behalve individueel geeft Van Son de sociale vaardigheidstherapie ook groepsgewijs (\pm 6 deelnemers). De gehele procedure is gelijk aan die van de individuele sociale vaardigheidstherapie. Echter, de tijdsduur van elke zitting is bij de groeps-

gewijze procedure 2½ uur. Daarnaast is er bij deze variant sprake van 2 therapeuten: de ene is de begeleider, terwijl de andere de observator is.

4.2. De assertieve training van Van Dam-Baggen en Kraaimaat

Van Dam-Baggen en Kraaimaat (1979) hebben deze training ontwikkeld bij (poli)klinische psychiatrische patiënten die minimaal 16 jaar oud zijn. Deze patiënten komen in het algemeen uit lagere milieus. De training die groepsgewijs wordt gegeven (± 8 deelnemers), bestaat uit ongeveer 20 zittingen van ieder 1½ uur: 17 zittingen vinden wekelijks plaats, de laatste 3 zittingen om de 4 weken. Een tweetal trainers geeft de training. In verband met de modelfunctie gaat de voorkeur uit naar trainers van verschillende sekse. Na selectie van de deelnemers vinden er voor de training individuele kennismakingsgesprekken plaats. Tijdens deze gesprekken worden achtergronden met betrekking tot procedure en inhoud van de training gegeven. Ook worden er afspraken gemaakt. Doelstellingen, werkwijze en afspraken worden in een algemeen contract schriftelijk vastgelegd. De samenstelling van de groep vindt naar aanleiding van deze kennismakingsgesprekken plaats.

Binnen de training ligt de nadruk op het aanleren van sociale vaardigheden en non-verbale gedragingen. De auteurs maken een onderscheid tussen basale en specifieke vaardigheden. Basale vaardigheden zijn vrij eenvoudig van aard en zijn voorwaarde voor het beheersen van de complexere of specifieke vaardigheden. Basale vaardigheden hebben betrekking op: observeren, luisteren, feedback geven en ontvangen. De keuze, welke specifieke sociale vaardigheden tijdens de training aan bod komen, is afhankelijk van hetgeen de deelnemers zelf aangeven. Per groep verschilt dit nogal eens. In het algemeen vinden de deelnemers de volgende vaardigheden belangrijk: voor je eigen mening uitkomen, weigeren en reageren op een weigering, voor je rechten opkomen, waardering uiten en reageren op waarde-

ring, kritiek geven en reageren op kritiek.

De volgende non-verbale gedragingen worden binnen de training onderscheiden: stem (verstaanbaar spreken), houding (al dan niet op de ander gericht), oogcontact (geregeld aankijken), gezichtsuitdrukking (in overeenstemming met wat gezegd wordt).

Naast op uitwendig gedrag is de behandeling ook op het inwendig gedrag gericht. De procedures die in de training worden gebruikt, leren de deelnemers zelfstandig toepassen in de eigen leefsituatie. Op basis hiervan leren de deelnemers de zelfregistratie, het zelf toepassen van het principe van de geleidelijke toenadering, de zelfevaluatie en de zelfbekrachtiging. Ook maken de deelnemers zich een probleemoplossingsstrategie eigen. Deze strategie is gebaseerd op de methode van D'Zurilla en Goldfried (1971).

Behalve op deze cognitieve gedragsaspecten is de aandacht gericht op het emotioneel gedrag. Zo leren de deelnemers om positieve en negatieve gevoelens onder woorden te brengen en te uiten.

De zittingen hebben in het algemeen de volgende opbouw. Begonnen wordt met een huiswerkverslag door één of twee deelnemers, gevolgd door een huiswerkevaluatie door alle deelnemers. Hierna vinden de gedragsoefeningen plaats. Dit geschiedt b.v. naar aanleiding van modeling door de train(st)er. Hierbij wordt de te leren vaardigheid binnen rollenspel voorgedaan. Ook hanteren de train(st)ers andere gedragstherapeutische technieken, zoals geleidelijke toenadering, gedragsrepetitie, gedragscorrectie, feedback. Elke zitting wordt afgesloten met een voorbespreking van de huiswerkopdrachten en een korte zittingsevaluatie door de deelnemers. De huiswerkopdrachten worden schriftelijk meegegeven en bestaan o.a. uit het toepassen van het geoefende gedrag in eigen leefsituaties. Naar aanleiding hiervan maken de deelnemers schriftelijk verslagen van de wijze waarop de sociale vaardigheid is toegepast. Beschreven worden situatiekenmerken (wie, waar, wanneer, waarover?),

eigen gedrag (wat wil ik bereiken, wat zeg ik, wat doe ik?), het gedrag van de ander (wat zegt deze, wat doet deze?) en effecten van eigen gedrag (wat was het resultaat?). Op deze manier leren de deelnemers eigen gedrag en situaties te observeren.

4.3. Beekers' interpersoonlijke vaardigheidstherapie

Beekers (1982) heeft Goldsteins "structured learning therapy" operationeel gemaakt voor toepassing binnen de ambulante geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Door de veelal vrij hoog gestelde criteria voor psychotherapie (de YAVIS-criteria: Young, Atttractive, Verbal, Intelligent, Successful) bleef een groot aantal personen met sociale aanpassingsproblemen verstoken van systematische hulp. Deze personen die niet-YAVIS zijn, worden getypeerd als "Hounds": Humble, Old, Unattractive, Non-verbal, Dull.

Beekers richt zich binnen zijn trainingen op cliënten die vaak moeilijk te helpen zijn met de traditionele, verbale, inzichtgevende (psycho)therapeutische methoden. Hij duidt deze groep aan met LIBO-clieñten: Lager, Inkomen, Beroepsprestige, Opleidingsniveau.

De trainingen van Beekers, die hij "interpersoonlijke vaardigheidstherapieën" noemt, zijn gebaseerd op de Amerikaan Arnold Goldstein (1973, 1976) die voor laatstgenoemde doelgroep de "structured learning therapy" ontwikkelde: een kortdurende directieve therapiemethode. Goldstein (1973) komt op basis van een literatuurstudie tot de conclusie dat een aangepaste therapie moet voldoen aan een aantal criteria. Een therapie voor de lower-class cliënt moet namelijk kortdurend en directief zijn. Daarnaast moet er sprake zijn van

- nadruk op concreet gedrag,
- frequente, voortdurende en onmiddellijke bekrachtiging,
- minimaal gebruik van abstract taalgebruik,
- uitbreiding van het gedragsrepertoire van de cliënt.

Goldstein ziet zijn "learning therapy" als een methodiek die tegemoet komt aan de behoeften, leefwijze en leefwereld van de lower-class cliënt. Zijn methode is gericht op het vergroten van vaardigheden. Via het aanleren van vaardigheden poogt de auteur de cliënt te leren omgaan met de eisen van het dagelijks leven.

Aanvankelijk onderscheidde Goldstein (1976) een set van 37 basisvaardigheden en 22 toepassingsvaardigheden. Een toepassingsvaardigheid is een samenvoegsel van 3 tot 8 basisvaardigheden in een zodanige volgorde dat ingespeeld wordt op een probleemsituatie. Bij toepassing van de methode bij adolescenten heeft Goldstein diverse vaardigheden inhoudelijk gewijzigd of weggelaten. Andere vaardigheden zijn aan het pakket toegevoegd (Goldstein, Sprafkin, Gershaw en Klein, 1980).

De vaardigheden (skills) maken de cliënten zich eigen via modelleren, gedragsoefening, bekrachtiging en transfer-training.

Bij modelleren worden geluidsbanden als therapeutisch hulpmiddel gehanteerd. Elke geluidsband bestaat uit een viertal korte hoorspelen, waarin steeds de complete reeks leerpunten, waaruit de sociale vaardigheid bestaat, wordt toegepast. Een grote verscheidenheid aan acteurs (modellen) en situaties wordt gehanteerd.

Bij het modelleren wordt de cliënt gedemonstreerd dat de te leren vaardigheid in meerdere leefsituaties kan worden toegepast. Deze situaties hebben niet altijd betrekking op de leefsituaties van de cliënt. Bij gedragsoefeningen wordt echter geleidelijk aan steeds meer gewerkt met situaties die de cliënt zelf inbrengt. Ook krijgt de cliënt bij het huiswerk de opdracht om de te leren vaardigheid in zijn eigen leefsituaties toe te passen (transfer-training).

Goldstein werkt met groepen. Afhankelijk van het aantal vaardigheden en de moeilijkheidsgraad hiervan, omvat de "structured learning therapy" 3 tot 15 zittingen.

De sociale vaardigheidstherapie van Beekers is, in tegenstelling tot die van Goldstein, gericht op het aanleren van 1 vaardigheid. Doorgaans worden cliënten voor het aanleren van 2 of 3 vaardigheden opgegeven. De therapie, die uitgevoerd wordt door een 2-tal therapeuten, omvat 4 zittingen van elk 2 uur. Elke week vindt er een groepszitting (5 à 8 deelnemers) plaats.

Eveneens onderscheidt Beekers een 9-tal sociale vaardigheden die tijdens een vooronderzoek bij een steekproef Zuidlimburgse cliënten zijn geïdentificeerd. Bij LIBO-cliënten traint Beekers de volgende vaardigheden: een praatje maken, luisteren, iets bepraten, reageren op kwaadheid, reageren op genegenheid en waardering, uiten van kwaadheid, uiten van genegenheid en waardering, opkomen voor je mening, tegen anderen ingaan.

Binnen het therapie-programma vindt modeling met behulp van videobanden plaats. Het gebruik van audiobanden geniet geen voorkeur, omdat

- het leren van non-verbale gedragingen minder goed mogelijk is,
- de aandacht van cliënten bij modelleren wordt afgeleid.

Tijdens het aanhoren van audiobanden zien cliënten elkaar. De aandacht voor het model wordt regelmatig onderbroken en verstoord door dominante visuele prikkels uit de groep.

Beekers onderscheidt verschillende typen rollenspelen. Nadat een model de vaardigheid heeft uitgevoerd, is er sprake van een imiterend rollenspel. Hierbinnen krijgen de cliënten beurtelings de gelegenheid om de getoonde vaardigheid toe te passen. Hierna vindt het anticiperend rollenspel plaats. De gedragsoefeningen worden volledig afgestemd op de situatie, waarvan de cliënt denkt dat deze zich bijvoorbeeld de komende week zal gaan voordoen. Van het reconstruerend rollenspel is bij een volgende zitting sprake. Dit rollenspel biedt de cliënt de gelegenheid een situatie waarin de toepassing van de vaardigheid niet of onvoldoende is gelukt, alsnog te reconstrueren. Hierdoor krijgt de cliënt binnen dit rollenspel als

het ware een herkansing. Ook wordt er door Beekers met huiswerk (huiswerkboekje met opdrachten) gewerkt. Voorbespreking hiervan vindt aan het einde van elke zitting plaats.

Naast het leren van uitwendig gedrag is de therapie van Beekers ook enigszins op het inwendig gedrag gericht. Vanuit het cognitief sociaal-leertheoretisch perspectief (Bandura, 1977) werkt Beekers aan de ontwikkeling van realistische verwachtingen omtrent de eigen competentie. Binnen het programma creëert de auteur daarom condities die de competentie-verwachtingen bij cliënten verhogen. Dit poogt Beekers door

- cliënten te informeren over hun feitelijke competentie,
 - beïnvloeding van verwachtingen van competentie-toename,
 - intensieve begeleiding van gedragsoefeningen,
 - ontkrachting van negatieve zelfbeweringen,
 - geleidelijke terugtrekking van de begeleiding
- (zie Beekers, 1982, pag. 89).

Conclusies

Van Son (1978) noemt geen aparte vaardigheden die aangeleerd behoeven te worden. Dit in tegenstelling tot Van Dam-Baggen en Kraaimaat (1979) en Beekers (1982). Deze laatste auteurs onderscheiden eveneens eenvoudige en complexe vaardigheden ("high-order skills", Welford, 1980). Qua opbouw lijkt het te leren gedrag bij Van Son eveneens niet zo vast te liggen als bij de andere auteurs. De sociale vaardigheden bestaan bij hen uit leerpunten (Beekers) die een bepaalde volgorde hebben.

Behalve op het uitwendig gedrag is de behandeling bij Van Son expliciet gericht op het inwendig gedrag. Dit geldt in nog ruimere mate voor de training van Van Dam-Baggen en Kraaimaat. Wij constateerden dat de deelnemers zich de procedures die in de training worden gebruikt, voor een groot gedeelte eigen maken. Eveneens bleek dat binnen deze behandeling een probleemoplossingsstrategie wordt aangeleerd.

Van Son beschrijft zijn cliëntenpopulatie niet expliciet, in

tegenstelling tot de andere auteurs die wij hebben besproken. Zij geven namelijk aan dat hun behandeling zich richt op psychiatrische patiënten uit lagere sociale milieus (Van Dam-Baggen en Kraaimaat) en LIBO-cliënten (Beekers).

Uit de literatuur blijkt dat de meeste trainingen groepsgewijs worden gegeven. Van Son biedt echter ook de mogelijkheid om individueel te werken. Het voordeel hierbij is dat volledig ingespeeld kan worden op het probleemgedrag. Ook de vertrouwensrelatie tussen trainee en train(st)er komt in dit geval sneller tot stand. Groepsgewijs trainen biedt echter ook een aantal voordelen. Zo zijn er in een groep meer modellen en meer bekrachtigingsmogelijkheden aanwezig. Basale vaardigheden zoals luisteren, observeren en feedback geven kunnen in een groep in ruime mate met elkaar worden geoefend. Ook lijkt de ervaring dat anderen gelijksoortige problemen hebben het gevoel een uitzonderingspositie in te nemen te verminderen.

Het oefenen van vaardigheden verloopt bij de auteurs op min of meer gelijke wijze. De interventies die de train(st)er hierbij toepast, zijn globaal: gedragsinstructie, gedragsmodeling en feedback. In de trainingen van Van Dam-Baggen en Kraaimaat fungeert tijdens het modelleren de train(st)er als model. Dit is in tegenstelling tot de therapie van Beekers. Deze auteur gebruikt bij het modelleren videobanden. Hij presenteert eerst het foute en daarna het goede voorbeeld. Hierdoor zou de trainee nog beter zicht krijgen op de goede toepassing van de te leren vaardigheid. Bij Myrick (1969) echter, vinden wij een afwijzing van het gebruik van videobanden omdat deze vorm van modelleren te veel afleidende stimuli zou bevatten.

5. ALGEMENE UITGANGSPUNTEN VOOR DE OPZET VAN DE SOCIALE VAARDIGHEIDSTRAINING VOOR VISUEEL GEHANDICAPTEN

In dit hoofdstuk gaan wij in op een aantal uitgangspunten voor de opzet van de sociale vaardigheidstraining. Wij onderscheiden inhoudelijke en praktische uitgangspunten. Bij de bespreking van de inhoudelijke uitgangspunten werken wij de afhankelijke variabele, d.w.z. de sociale aanpassingsproblemen bij visueel gehandicapten, verder uit. Daarna noemen wij de verklaringsmodellen en leertheorieën en beschrijven, hoe deze van invloed zijn voor de opzet van de sociale vaardigheidstraining. Verder gaan wij kort in op de noodzaak van begeleiding van ouders en leerkrachten. Bij de praktische uitgangspunten schetsen wij het verschil tussen de residentiële en (semi)ambulante trainingen. Ook geven wij redenen aan, waarom er binnen de training individueel wordt gewerkt.

5.1. Inhoudelijke uitgangspunten voor de sociale vaardigheidstraining

5.1.1. Uitwerking van het uitwendig en inwendig gedrag als sociale aanpassingsproblematiek

Van sociale aanpassingsproblemen op het uitwendig gedragsniveau spreken wij, wanneer sociale vaardigheden en non-verbale gedragingen inadequaat zijn. Op basis van de literatuur, self-reports van visueel gehandicapten tijdens vooronderzoek en onze hulpverleningservaringen trainen wij met name de sociale vaardigheden die opgenomen zijn in tabel 3. Het goed uitvoeren van genoemde vaardigheden levert vaker problemen op. Binnen de sociale vaardigheidstraining schenken wij aandacht aan die non-verbale gedragingen die

- in de literatuur worden genoemd,
- binnen de hulpverleningspraktijk regelmatig als inadequaat

- worden waargenomen,
- eenvoudig omschreven kunnen worden,
 - op eenvoudige wijze beoordeeld kunnen worden.
- Tabel 4 geeft een overzicht van de gekozen non-verbale gedragingen.

Tabel 3. De sociale vaardigheden* die tijdens de training geleerd kunnen worden

een gesprek aanknopen en een gesprek onderhouden
 hulp vragen en hulp aanbieden
 mening geven en mening vragen
 kritiek geven en reageren op kritiek
 weigeren en reageren op een weigering
 jezelf voorstellen

*) voor het onderscheid tussen de algemene en specifieke sociale vaardigheden verwijzen wij naar hoofdstuk 2 (2.1.2.)

Tabel 4. De non-verbale gedragingen

lichaamshouding (is gesloten)
 gezicht (is niet gericht naar de ander)
 romp (is afgewend van de ander)
 rug (is voorovergebogen)
 handen (worden tijdens het praten voor de mond gehouden)
 benen (worden in zit niet naast elkaar gehouden)
 stereotype gedragingen (bv. het heen en weer bewegen van de romp)

Van sociale aanpassingsproblemen op het inwendig gedragsniveau spreken wij, wanneer de visueel gehandicapte de gevolgen van het eigen sociaal gedrag als negatief beleeft. Wij gaven reeds aan dat er dan sprake is van een laag sociaal en algemeen welbevinden en een lage mate van tevredenheid. Deze negatieve beleving is het resultaat van emotionele (angst-inhibitie-model) en cognitieve processen (cognitie-inhibitie-model). "Het

jezelf prettiger voelen" is daarom veelal doelstelling van de sociale vaardigheidstraining.

5.1.2. De verklaringsmodellen en leertheorieën

Het gedragsdeficiëntie-, het angst-inhibitie-, het cognitie-inhibitie- en het zelfsturingsdeficiëntiemodel met de daarbij behorende leertheorieën dienden als uitgangspunt voor de verklaringen voor het ontstaan van sociale aanpassingsproblemen bij visueel gehandicapten. Deze modellen en theorieën gebruiken wij eveneens als vertrekpunt voor de opzet van de sociale vaardigheidstraining. In tabel 5 presenteren wij de verschillende trainingsaspecten, waaronder leerprincipes, van waaruit de behandeling van sociale aanpassingsproblemen geschiedt.

Van een aantal begrippen geven wij een omschrijving:

- gedragsmodeling: voordoen van het doelgedrag.
- gedragsinstructie: uitleggen en aanwijzingen geven, hoe het doelgedrag uitgevoerd kan worden.
- gedragsinoefening: oefenen met het doelgedrag.
- gedragsrepetitie: herhalingsoefeningen met het doelgedrag.
- shaping: stapsgewijze realisatie van het doelgedrag.
- geleidelijke toenadering: oefenen met situaties in opklimmende moeilijkheidsgraad.
- bekrachtiging: belonen van het doelgedrag.

Naast het leren van sociale vaardigheden en non-verbale gedragingen vindt er binnen de training herstructurering van cognities plaats. Deze herstructurering heeft betrekking op

- irrationele ideeën over de werkelijkheid: gedachten die niet gebaseerd zijn op de objectieve buitenwereld.
- denkfouten: b.v. conclusies trekken zonder dat daarvoor feiten aanwezig zijn.
- inadequate verwachting: te hoge of te lage verwachting over eigen bekwaamheid.

Tabel 5. De theorieën en verklaringsmoedellen met de daaruit voortvloeiende trainingsaspecten (zie eveneens tabel 2, pag. 30)

Leer- en gedragstheorieën:	Verklaringsmoedellen:	Trainingsaspecten:
<u>Leertheorieën:</u>		
Cognitieve leertheorie over modelleren Operante conditioneringstheorie	Gedragsdeficiëntiemoedellen	Gedragsmodellering Gedragsinstructie Gedragsinoefening Gedragsherhaling Shaping Bekrachtiging
Klassieke conditioneringstheorie Operante conditioneringstheorie	Angst-inhibitie-model	Geleidelijke toenadering
<u>Gedragsstheorieën:</u>		
Labelingstheorieën	Cognitie-inhibitie-model	Cognitieve herstructurering van: - irrationele ideeën - denkfouten - inadequate verwachtingen
Feedbacktheorie	Zelfsturingstheorie-model	Leren van: - zelfobservatie - zelfevaluatie - zelfbekrachtiging
Probleemoplossingstheorie		Leren van cognitieve vaardigheden: - algemene oriëntatie - probleemdefiniering- en formulering - het bedenken van oplossingen - het kiezen van een oplossing - verificatie

Binnen de training is er eveneens aandacht voor het aanleren of verbeteren van de

- zelfobservatie: het nauwkeurig registreren van eigen gedrag.
- zelfevaluatie: vergelijken van de uitkomsten van eigen gedrag met een van te voren gesteld gedragscriterium (b.v. op grond van verwachtingen).
- zelfbekrachtiging: het beleven van succes. Op grond van de zelfevaluatie worden voorspellingen gedaan over de effectiviteit van gedrag. Bij succes leidt dit tot een positieve zelfwaardering en een positieve zelfuitspraak (zelfbekrachtiging). Positieve zelfuitspraken (zoals "ik heb het goed

gedaan") leiden tot een positieve beleving (jezelf prettiger, ontspannen voelen), terwijl negatieve zelfuitspraken negatieve gevoelens oproepen.

Ook worden er binnen de sociale vaardigheidstrainingen andere cognitieve vaardigheden aangeleerd. Wij gebruiken hiervoor de zelfsturingsmethode van D'Zurilla en Goldfried. Deze methode omvat de fasen die wij in figuur 7 presenteren.

Wij bespreken:

1. Algemene oriëntatie

Deze fase heeft betrekking op de houding van de blinde of slechtziende. Voor het effectief oplossen van problemen noemen D'Zurilla en Goldfried (1971) drie voorwaarden:

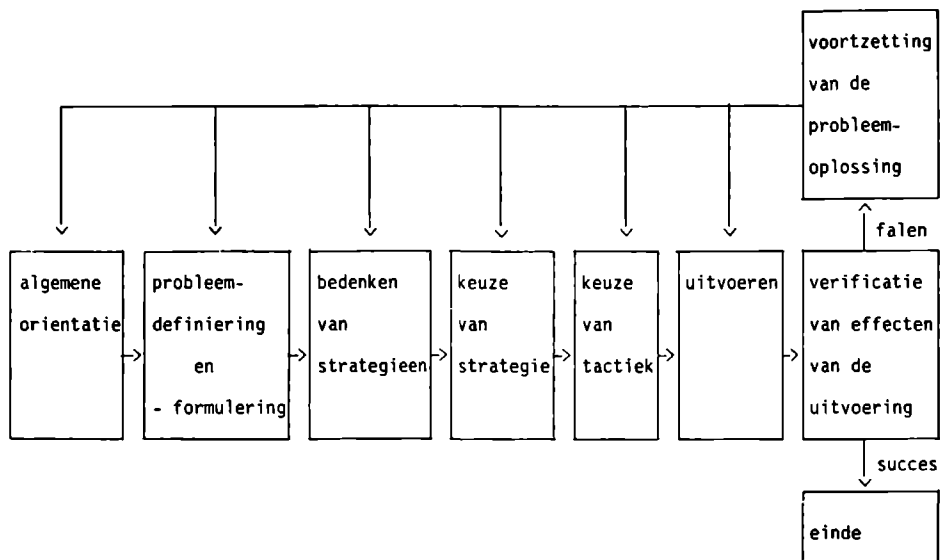
- a) het accepteren dat problemen deel uitmaken van het dagelijks leven en het ervan overtuigd zijn dat de meeste problemen opgelost kunnen worden.

Visueel gehandicapten die voor een sociale vaardigheidstraining in aanmerking komen, delen deze overtuiging vaak niet. Zij hebben veelal een oriëntatie in de richting van een "external locus of control" (Rotter, 1966). Zij laten zich namelijk binnen problematische sociale situaties vooral leiden door externe gebeurtenissen zonder zelf hierop voldoende invloed uit te oefenen.

- b) het herkennen van problematische situaties.

Binnen de hulpverlening komen wij regelmatig visueel gehandicapten, en met name blinden, tegen die in onvoldoende mate problematische sociale situaties kunnen herkennen. Dit gaat veelal gepaard met onvoldoende zelfobservatie, wat het gevolg is van het ontbreken van visuele feedback. Bij visueel gehandicapten met sociale aanpassingsproblemen beïnvloeden daarnaast emotionele processen, zoals angst of boosheid, in negatieve zin het juist inschatten van problemen.

- c) het onderdrukken van de neiging om impulsief te reageren.
Een aantal studies (Bash en Camp, 1980) heeft aangetoond dat cognitieve impulsiviteit niet effectief is bij



Figuur 7. De stappen binnen de zelfsturingsmethode van D'zurilla en Goldfried

probleem-oplossen. De impulsiviteit bij visueel gehandicapten met sociaal onaangepast gedrag heeft vaak de vorm van agressiviteit.

2. Probleemdefiniëring en -formulering

Bij verstoorde informatieverwerking bij visueel gehandicapten verloopt de probleemdefiniëring en -formulering vaak onjuist. Dit is b.v. het geval, wanneer gelet wordt op verkeerde stimuli ("task irrelevant cues", Sarason, 1972) uit de omgeving. Een aantal andere cognitieve processen zoals irrationele gedachten (Ellis en Grieger, 1977) en bepaalde denkfouten (Beck, 1972) kunnen de probleemdefiniëring en -formulering eveneens negatief beïnvloeden.

Voor een goede definiëring en formulering gelden de volgende voorwaarden, nl.

- beschrijving van het probleem in concrete, specifieke termen; het vermijden van algemene en vage begrippen is belangrijk,
- herkenning van verschillende subproblemen,
- omschrijving van het probleem in eigen woorden,
- indien noodzakelijk, het opsporen van aanvullende informatie.

3. Het bedenken van oplossingen

Deze fase wordt eveneens als vaardigheid bij Spivack e.a. genoemd en hierbij is de methode van brainstorming (Osborn, 1963) essentieel. Deze procedure gaat van twee principes uit:

1. alle ideeën zijn goed (in deze fase wordt hierop geen kritiek uitgeoefend).
2. kwantiteit levert kwaliteit op.

Spivack e.a. (1974) vinden in hun onderzoek dat kinderen meer moeite hebben met het denken in alternatieven, naarmate zij meer sociale aanpassingsproblemen hebben. Dit is in overeenstemming met onze ervaringen. Binnen de trainingen blijkt regelmatig dat blinden en slechtzienden moeite hebben met het bedenken van verschillende oplossingen voor sociale aanpassingsproblemen.

4. Het kiezen van een oplossing

In deze fase moeten visueel gehandicapten een keuze doen uit de bedachte oplossingen. Hierbij worden de consequenties van elke oplossing afgewogen. Er wordt rekening gehouden met

- de persoonlijke gevolgen,
- de gevolgen voor anderen, en
- beide zowel op korte als op lange termijn.

Nadat een oplossing of strategie is gekozen, moet de visueel gehandicapte een tactiek verzinnen, d.w.z. bedenken hoe de oplossingsstrategie te hanteren. Een strategie is immers een algemeen plan dat aangeeft wat er te doen valt, terwijl een

tactiek betrekking heeft op de concrete stappen die gezet moeten worden (Goldfried en Davison, 1976).

5. Verificatie

Na uitvoering van de gekozen oplossing wordt nagegaan of het probleem opgelost is. Indien dit het geval is, is het proces afgelopen. Is het probleem niet opgelost, dan moet de visueel gehandicapte naar de vorige fasen terug.

5.1.3. Begeleiding van de omgeving

Bij bespreking van de factoren die van invloed zijn op het proces van aanpassing bij visueel gehandicapten, bleek dat de houding van de omgeving hierbij een belangrijke rol speelt. Goed-zienden oordeelden negatiever over visueel gehandicapten, naarmate zij bijvoorbeeld onbekender zijn met visuele handicaps. Voor de goed-ziende is het daarom een probleem om in te schatten, wat precies van de blinde of slechtziende mag worden verwacht. In bepaalde gevallen weten wij dat er aan visueel gehandicapten te hoge eisen worden gesteld; in andere gevallen is daarentegen sprake van te lage eisen. Dit resulteert vaak, bijvoorbeeld binnen sociale situaties, in allerlei faalervaringen. Om dit te voorkomen en om het adequaat sociaal gedrag te stimuleren, achten wij daarom begeleidingsgesprekken met ouders en/of leerkrachten tijdens de uitvoeringsfase van de training zinvol. Echter, begeleiding van de omgeving is aan een voorwaarde gebonden. De adolescent moet namelijk hiermee accoord gaan. Geeft de adolescent geen toestemming, dan zien wij ervan af. Ook noemen wij de geografische afstand als probleem. Een vorm van begeleiding van de omgeving is gemakkelijker te realiseren, wanneer bijvoorbeeld de ouders in de buurt van het centrum wonen.

5.2. Praktische uitgangspunten

5.2.1. De residentiële en (semi)ambulante sociale vaardigheidstraining

Onze sociale vaardigheidstrainingen spelen in op de behoefte aan handicap-gerichte trainingen binnen de hulpverlening aan visueel gehandicapten. Deze behoefte bleek eveneens te bestaan bij de groep visueel gehandicapten. Binnen het onderzoek naar het maatschappelijk functioneren van blinden en slechtzienden (De Jonge, Marshall en Westra, 1981) werd daarom gepleit voor interventies die meer aandacht besteden aan "overkompensatie en faalangst en blokkades bij het verwerken van de visuele handicap" (deel 1, pag. 20).

Eveneens sluiten de trainingen aan bij de recente ontwikkelingen binnen de zorgverlening aan blinden en slechtzienden.

Naast residentiële hulp is er de laatste jaren aandacht voor ambulante begeleiding van visueel gehandicapten in de thuissituatie. In dit verband noemen wij diverse typen sociale vaardigheidstrainingen, namelijk de ambulante, semi-ambulante en residentiële vorm.

Wij spreken van ambulante trainingen, wanneer deze worden gevolgd door visueel gehandicapten die binnen de regio thuis wonen. Zij volgen een vorm van regulier onderwijs of bezoeken de braille- of slechtziendenschool binnen ons centrum.

Eveneens bestaat de mogelijkheid voor visueel gehandicapten, die buiten de regio thuis wonen en een vorm van regulier onderwijs volgen, deel te nemen aan de trainingen. Om dit te realiseren, verblijven deze thuiswonende visueel gehandicapten gedurende een korte periode (b.v. een week) binnen ons centrum. Vandaar dat wij deze sociale vaardigheidstrainingen met semi-ambulant aanduiden. In tegenstelling tot de ambulante en residentiële vorm vinden de trainingsbijeenkomsten gedurende deze korte periode plaats.

Van residentiële trainingen kan worden gesproken, wanneer intern wonende blinden en slechtzienden gebruik maken van de gelegenheid om een sociale vaardigheidstraining te volgen. Bij de residentiële variant bestaat de gelegenheid om de betrokken

groepsleiding bekend te maken met de principes die ten grondslag liggen aan de sociale vaardigheidstrainingen. Hierdoor creëren wij de mogelijkheid dat groepsleiding de pupil kan blijven ondersteunen bij de vaardigheden die tijdens de training aan de orde komen. Bij de uitvoering van de trainingen is sprake van het stapsgewijs overdragen van een aantal technieken naar groepsleiding toe.

5.2.2. De sociale vaardigheidstraining: individueel of in een groep?

Zoals eerder gesteld vindt de gedragstherapeutische behandeling van sociaal inadequaat gedrag met name groepsgewijs plaats. De laatste jaren ligt het accent op de groepsaanpak (Fensterheim, 1972). Een argument hiervoor is dat groepstherapie het voordeel heeft dat de groep als middel gehanteerd kan worden. Van Dam-Baggen en Kraaimaat (1979) pleiten voor het groepsgewijs werken, waarbij zij wijzen op een aantal voordelen zoals het in ruimere mate aanwezig zijn van modellen en bekrachtigingsmogelijkheden, het meer kunnen oefenen en het groter aanbod van alternatieve gedragsmogelijkheden.

Hoewel de meeste auteurs voor een groepsaanpak pleiten, blijkt uit de literatuur dat er onvoldoende onderzoek is gedaan naar de voor- en nadelen van het werken met groepen. Over de indicatiestelling voor groeps- of individuele therapie is daarom relatief weinig gepubliceerd.

Bij de ontwikkeling van onze sociale vaardigheidstraining hebben wij een poging ondernomen om groepsgewijs te werken. Echter, dit mislukte vanwege te grote verschillen in visus en intelligentie. Daarnaast deden zich bij een aantal deelnemers motivatieproblemen voor. Op grond van deze ervaringen hebben wij gekozen voor een individuele aanpak van de sociale vaardigheidstrainingen.

Een vaak genoemd voordeel van groepstherapie werkte bij ons tegengesteld. De literatuur geeft aan dat, wanneer een deelne-

mer aan een groepstherapie de ervaring heeft dat andere deelnemers ook problemen hebben, het ervaren van de eigen uitzonderingspositie wordt verminderd. Dit bevordert op zijn beurt de motivatie. In onze poging om de trainingen groepsgewijs te geven, werd de groepssituatie als te bedreigend ervaren. De combinatie van het eigen (probleem)gedrag en het (probleem)gedrag van de anderen versterkte het negatieve gevoel in plaats van het te verminderen en bleek daarom demotiverend te werken.

Uit de evaluatiegesprekken van de individuele trainingen bleek dit eveneens. De visueel gehandicapten wezen een groepsgewijze aanpak af. Het werken aan eigen gedrag in anonimiteit werd door hen, en met name in het begin van de training, op prijs gesteld.

Een bijkomend voordeel van een individuele werkwijze is dat er meer gelegenheid is om dieper in te gaan op het persoonlijk probleemgedrag van de blinde of slechtziende.

6. DE OPZET VAN DE SOCIALE VAARDIGHEIDSTRAINING

Uit het vorige hoofdstuk blijkt dat inhoudelijke en praktische uitgangspunten de opzet van de training hebben bepaald. Bij de bespreking van de inhoudelijke uitgangspunten werkten wij de sociale aanpassingsproblemen bij visueel gehandicapten verder uit. Ook beschreven we de wijze waarop de verklaringsmodellen en leertheorieën de training bepaalden. Vanuit de theorie noemden wij eveneens de noodzaak van begeleiding van de omgeving. De praktische uitgangspunten betroffen de verschillen tussen de residentiële en (semi)ambulante trainingen en redenen, waarom wij individueel trainen.

Naast bovengenoemde uitgangspunten hebben wij ons eveneens laten leiden door de trainingen die ontwikkeld zijn voor goedzienden. In dit verband verwijzen wij naar Van Son (1978), Van Dam-Baggen en Kraaimaat (1979) en Beekers (1982). Voor achtergrondinformatie over deze trainingen verwijzen wij naar hoofdstuk 4.

In dit hoofdstuk presenteren wij het trainingsprogramma. Eerst geven wij een inhoudelijke verantwoording van een aantal fasen, nl. intakefase, fase waarin leerdoelen en doelgedragingen worden vastgesteld, trainings- en evaluatiefase (6.1.). Daarna schetsen wij de gang van zaken binnen de verschillende fasen (6.2.).

6.1. Inhoudelijke verantwoording van de intake-, trainings- en evaluatiefase

6.1.1. De intakefase

Naar aanleiding van de intake stellen wij vast of de visueel gehandicapte in aanmerking komt voor het volgen van een sociale vaardigheidstraining. Soms vormt een psychologisch onderzoek de aanleiding voor de intake. In andere gevallen kan

de intake plaatsvinden, nadat de adolescent, bijvoorbeeld op aanraden van de groepsleiding, zelf het initiatief hiertoe heeft genomen. Getracht wordt de intakefase zo kort mogelijk te houden. In de praktijk omvat de intakefase drie contacten. Het eerste contact bestaat uit de kennismaking. Wij vragen tijdens dit contact naar algemene informatie (visusmogelijkheden van de blinde of slechtziende, school- en thuissituatie, sociale contacten, vrije tijdsbesteding enz.). Ook vragen wij de visueel gehandicapte adolescent, welke vaardigheden hij/zij wil oefenen (waaraan moeten wij werken? wat zou je anders willen? waarmee zouden wij je kunnen helpen?). In de regel noemt de visueel gehandicapte in deze fase slechts een beperkt aantal vaardigheden. Om het aantal vaardigheden uit te breiden, nemen wij daarom tijdens het tweede contact de sociale vaardigheidslijst (bijlage 1) af.

Tijdens het eerste contact hanteren wij een aantal criteria. Wij letten op het

- leeftijdscriterium: visueel gehandicapten tussen 12 en 22 jaar (adolescenten) kunnen aan de trainingen deelnemen.
- intelligentiecriterium: over het algemeen richten wij ons op die visueel gehandicapten die minimaal over gemiddelde cognitieve capaciteiten beschikken. Echter, dit criterium wordt flexibel gehanteerd.
- motivatiecriterium: de visueel gehandicapten moeten bereid zijn de training te volgen.
- sociale inadequatiecriterium: een duidelijk omschreven hulpvraag hoeven de blinde of slechtziende adolescenten niet te hebben. Wel dient er sprake te zijn van een manifeste of latente sociale aanpassingsproblematiek.
- vermogen om naar zichzelf te kijken (zelfobservatie of zelfregistratie): visueel gehandicapten moeten wel enigszins in staat zijn, naar zichzelf te kijken.

Als contra-indicaties voor deelname aan een sociale vaardigheidstraining gelden bepaalde neurologische stoornissen, affectieve problematiek zoals die welke regelmatig wordt aangetroffen bij emotioneel verwaarloosde kinderen, borderline- en

Het tweede contact is gericht op de eerste voormeting. Deze voormeting bestaat uit een gedrags- en een belevingsmeting. Uitgangspunten voor beide metingen zijn de

- vaardigheden die tijdens het eerste contact zijn genoemd,
- vaardigheden die uit de sociale vaardigheidslijst zijn gekozen.

Binnen de gedragsmeting worden vier sociale vaardigheden binnen rollenspelsituaties gespeeld. Voor de keuze van de rollenspelsituaties gebruiken wij de inventarisatielijst en het spanningsschema (bijlage 2). Hierbij inventariseren wij per vaardigheid eerst sociale situaties en kiezen daarna per vaardigheid voor een situatie met gemiddelde spanning.

Wij gebruiken situaties met gemiddelde spanning, omdat

- bij situaties met te lage spanning het inadequaat uitwendig gedrag minder makkelijk manifest wordt. Deze situaties ervaart de visueel gehandicapte als minder problematisch.
- bij situaties met te hoge spanning de uitvoering van de sociale vaardigheden wordt geremd (inhibitie door angst).

Bij gebruik van situaties met een gemiddelde spanning is de vaststelling van leerdoelen daarom beter mogelijk dan bij situaties met te lage of te hoge spanning.

De rollenspelsituaties worden op video opgenomen.

Tijdens het tweede contact vindt er ook een belevingsmeting plaats (bijlage 3). Deze belevingsmeting is gebaseerd op de zelfkonfrontatiemethode van Hermans (1974). In tegenstelling tot Hermans gaan wij "slechts" van twaalf waardegebieden uit, nl.

- tien waardegebieden die betrekking hebben op tien sociale vaardigheden. Per vaardigheid is een voorbeeldsituatie geformuleerd.
- twee waardegebieden die zijn overgenomen van Hermans en betreffen het algemeen en ideaal welbevinden.

Tijdens het derde contact vindt er weer een gedrags- en bele-

vingsmeting plaats. Hierdoor kunnen wij bepalen of het uitwendig en inwendig gedrag stabiel is. Om testeffecten te voorkomen, kiezen wij tijdens de tweede gedragsmeting voor andere rollenspelsituaties met gemiddelde spanning. Aan het eind van deze zitting besluiten wij of deelname aan een sociale vaardigheidstraining zin heeft. Dit besluit vindt plaats op grond van de globale indrukken tijdens de intakefase (gesprekken, gedrags- en belevingsmetingen).

Indien tot deelname wordt besloten, wordt de visueel gehandicapte verteld, hoe de training eruit zal zien. De tijdsduur van elke zitting, het aantal zittingen waaruit de training zal bestaan en het werken met huiswerkopdrachten wordt besproken. Verder wordt gewezen op het feit dat tijdens de training het oefenen door middel van rollenspel centraal staat.

Tenslotte worden nog een aantal afspraken gemaakt. Data en tijdstip van de bijeenkomsten worden vastgesteld en er wordt ingegaan op "wat moet je doen, als je verhinderd bent". Ook wordt besproken of bijvoorbeeld groepsleiding en ouders worden ingelicht over de training. Eventueel wordt afgesproken, wie dit zal doen. Kortom, aan het einde van de intakefase weet de visueel gehandicapte adolescent precies, wat er geboden gaat worden. De ervaring is dat dit een positieve invloed op de motivatie heeft.

Na de intakefase beoordelen wij de rollenspelen van beide gedragsmetingen. Wij beoordelen de sociale vaardigheden en de non-verbale gedragingen met gedragscategorieën, waarvan in een vooronderzoek de inter- en intrabetrouwbaarheden zijn bepaald. In dit verband verwijzen wij naar hoofdstuk 7 (7.5.1.1.).

Uit de vier beoordeelde sociale vaardigheden kiezen wij die drie vaardigheden, waarvan training het meest noodzaak is. De vierde sociale vaardigheid gold als "reserve"-vaardigheid voor het geval dat één van de gekozen vaardigheden geen training behoefde. Ook kiezen wij de non-verbale gedragingen die voor training in aanmerking komen. Van de sociale vaardigheden en non-verbale gedragingen stellen wij leerdoelen en doelgedragingen vast. Een leerdoel is een algemene omschrijving van het

te leren gedrag (algemene gedragscategorie). Het begrip doelgedrag verwijst daarentegen naar een exacte omschrijving van het bedoelde gedrag (voorbeeld 1).

Leerdoel: duidelijk aangeven dat het om
jouw mening gaat

Doelgedrag: zeggen: "ik ben van mening....."

Voorbeeld 1

Eveneens berekenen wij de kwaliteit van het sociaal en algemeen welbevinden en de mate van tevredenheid met behulp van de twee ingevulde affectmatrices. Voor de wijze waarop de berekeningen plaatsvinden, verwijzen wij naar hoofdstuk 7 (7.5.2.1.). Van de beleavingsaspecten bepalen wij alleen de leerdoelen. Zo kan de training b.v. gericht zijn op verbetering van het sociaal welbevinden.

6.1.2. De trainingsfase

Een belangrijk kenmerk van de sociale vaardigheidstraining is de duidelijke structuur. De training bestaat uit acht zittingen en iedere week vindt er een zitting plaats. Elke zitting duurt 1 tot 1½ uur. De opbouw van de zittingen is aan bepaalde regels gebonden. Aan het begin van elke zitting wordt het huiswerk besproken, waarna een nieuwe vaardigheid of een nieuw onderwerp aan de orde komt. Elke zitting wordt afgesloten met een voorbespreking van het huiswerk en een evaluatie van de zitting.

Het huiswerk bestaat in het algemeen uit het oefenen binnen dagelijkse leefsituaties van sociale vaardigheden die tijdens de training aan de orde komen. Naar aanleiding hiervan moet de visueel gehandicapte elke week een verslag maken van het verloop van de oefeningen. Het schrijven van de verslagen gebeurt met behulp van een aantal aandachtspunten die de visueel gehandicapte meekrijgt. Eveneens moet de visueel gehandicapte

met behulp van andere aandachtspunten verslagen maken die betrekking hebben op het leren van rationeel denken en het oplossen van problemen in dagelijkse leefsituaties. Verder moet de visueel gehandicapte als huiswerk stencils, zgn. lesbrieven, bestuderen. Deze stencils worden, evenals de huiswerkopdrachten, in braille of normaal, vergroot of verkleind zwartdruk aan de visueel gehandicapte meegegeven.

Wij gaven in hoofdstuk 5 (5.1.2.) aan dat de sociale vaardigheidstraining leertheoretisch is gefundeerd. Binnen de gedragsdeficiëntiemodellen zagen wij dat sociale vaardigheidstekorten en inadequate non-verbale gedragingen het gevolg zijn van o.a. onvolledig leren. Uitgaande van het modelleren leren wij visueel gehandicapten drie sociale vaardigheden en trainen wij een beperkt aantal non-verbale gedragingen. Wij maken hierbij gebruik van een aantal leerprincipes zoals gedragsmodeling, gedragsinstructie, gedragsinoefening, gedragsrepetitie, shaping en bekrachtiging. (Voor verdere uitleg van deze begrippen verwijzen wij naar Orlemans, 1978) Binnen het angst-inhibitie model gaan wij bij het oefenen uit van het principe van geleidelijke toenadering. Dit betekent dat de visueel gehandicapte met verschillende sociale situaties in opklimmende moeilijkheidsgraad oefent. Hierdoor pogen wij het falen ten gevolge van angst binnen sociale situaties te voorkomen.

Het oefenen van sociale vaardigheden vindt verder binnen rollenspelsituaties plaats (Moreno, 1946). Het rollenspel beschouwen wij als een belangrijke veranderingsmethode en hierbij onderscheiden wij twee typen rollenspel. Bij de huiswerkbepreking is sprake van het reconstruerend rollenspel, omdat dit de visueel gehandicapte de gelegenheid biedt om een situatie, waarbinnen een bepaalde vaardigheid onvoldoende of niet is gelukt, nog een keer te oefenen. Van het anticiperend rollenspel wordt gesproken, wanneer een nieuwe of reeds behandelde sociale vaardigheid voor de komende week wordt voorbe-

reid.

Over de sociale vaardigheden maken wij de volgende opmerkingen. Binnen de training komen met name aan bod: een gesprek aanknopen en onderhouden, hulp vragen en aanbieden, mening geven en vragen, kritiek geven en reageren op kritiek, weigeren en reageren op een weigering en jezelf voorstellen.

Daarnaast is er gelegenheid om met non-verbaal gedrag te oefenen. Inadequaat non-verbaal gedrag dat betrekking heeft op bijvoorbeeld houding en kijkrichting corrigeren wij binnen de training. De visueel gehandicapte adolescent wordt hierop geattendeerd, een gedragsalternatief wordt samen besproken. Bekrachtiging door de train(st)er vindt plaats, wanneer de adolescent het alternatieve gedrag op adequate wijze uitvoert. Eenzelfde aanpak geschiedt bij de correctie van bepaalde stereotype bewegingen zoals het heen en weer wiegen van de romp, oogboren. Om redenen van praktische haalbaarheid kiezen wij niet voor de intensieve aanpak van Mulder en Van Otterlo (1983). Op grond van onze ervaringen stellen wij vast dat de non-verbale gedragingen in de regel minder training behoeven dan de sociale vaardigheden. In onze terminologie duiden wij de sociale vaardigheden en de non-verbale gedragingen dan ook met primaire en secundaire doelgedragingen aan.

Binnen het cognitie-inhibitie-model zagen wij dat inadequaat uitwendig gedrag (vermijdingsgedrag) het gevolg was van angst. Deze angst is op zijn beurt het gevolg van inadequate labeling. Vanuit de labelingstheorieën is de training daarom gericht op

- inadequate verwachtingen. Visueel gehandicapten hebben vaak te hoge of te lage verwachtingen van hun eigen kunnen. Uitgaande van de "self-efficacy"-theorie van Bandura (1977b, 1982) gaan wij hierop in. Op grond hiervan leert de visueel gehandicapte aan zichzelf adequatere eisen te stellen.
- negatieve zelfspraak, voortvloeiend uit irrationele ideeën over de werkelijkheid. Vanuit de rationeel-emotieve therapie leert de visueel gehandicapte een methode (bijlage 8) om irrationele ideeën bij zichzelf te veranderen.

- denkfouten. Denkfouten zijn o.a. het gevolg van de manier waarop een situatie wordt bekeken en wordt geïnterpreteerd. Binnen de training is er daarom ook aandacht voor het zo objectief mogelijk beschrijven van gebeurtenissen met anderen. Hierbij corrigeert de train(st)er zoveel mogelijk de foutieve interpretaties.

Bij de herstructurering van cognities gebruiken wij twee lesbrieven (bijlage 6 en 7) die de visueel gehandicapte als huiswerk dient te bestuderen. Herstructurering van cognities resulteert in angstreductie en het gevolg hiervan is dat het sociaal en algemeen welbevinden en de tevredenheid toenemen.

Uitgaande van het zelfsturingsdeficiëntiemodel beschreven wij dat sociale aanpassingsproblemen bij blinden en slechtzienden het resultaat zijn van inadequate feedback. De training is daarom gericht op verbetering van de zelfobservatie, zelfevaluatie en zelfbekrachtiging.

Vanuit het zelfsturingsdeficiëntiemodel zijn sociale aanpassingsproblemen ook het resultaat van inadequate probleemoplossingsstrategieën. Daarom reiken wij de visueel gehandicapte binnen de training een probleemoplossingsmethode aan. Deze zelfsturingsmethode omvat het successievelijk toepassen van een aantal probleemoplossingsregels (bijlage 9).

Bij het leren van o.a. deze zelfsturingsmethodes gaan wij uit van het modelleren en de uitgangspunten die behoren bij de zelfinstructietraining van Meichenbaum (1981).

Voor de wijze waarop de visueel gehandicapte zichzelf leert evalueren, betekent dit dat de train(st)er zichzelf (naar aanleiding van een gemodeld rollenspel) hardop evalueert. Hierbij stelt de train(st)er de volgende vragen:

- wat vind ik ervan hoe het ging?

(de leerpunten van b.v. een sociale vaardigheid worden hierbij successievelijk nagelopen en nagegaan wordt of deze juist zijn toegepast).

- wat wil ik veranderen?

- ben ik er tevreden over?

Deze vragen beantwoorden wij zelf eveneens hardop. De visueel gehandicapte luistert in deze fase van modelleren. Nadat de visueel gehandicapte de te leren sociale vaardigheid tijdens rollenspel heeft uitgevoerd, voert de blinde of slechtziende de zelfevaluatie hardop uit met behulp van bovengenoemde vragen. Tijdens het eerste stadium van de zelfinstructietraining sturen wij met behulp van gedragsinstructies de manier waarop de visueel gehandicapte zichzelf evalueert. Tijdens het tweede stadium reguleert de visueel gehandicapte zijn wijze van evalueren door hardop tegen zichzelf te praten. Naarmate de training vordert, voert de visueel gehandicapte de zelfevaluatie zonder onze hulp uit. Door hierop zoveel mogelijk het accent te leggen, pogen wij te bereiken dat de visueel gehandicapte na de sociale vaardigheidstraining de zelfevaluatie uitvoert door in zichzelf te praten. Dit beschouwen wij als het laatste stadium van de zelfinstructietraining.

Op basis van het voorgaande stellen wij dat er binnen de trainingen in het algemeen sprake is van een wisselende combinatie van op directe gedragsverandering en van op inzicht gerichte procedures. Uit de ervaringen met het geven van de trainingen is gebleken dat bij visueel gehandicapten met goede verstandelijke capaciteiten op beide soorten van procedures een beroep kan worden gedaan. Bij visueel gehandicapten met minder goede verstandelijke mogelijkheden staat tijdens de training de directe gedragsverandering wat centraler. In die gevallen blijkt het beroep dat op inzicht kan worden gedaan, in beperkte mate mogelijk.

6.1.3. De evaluatiefase

Nadat de sociale vaardigheidstraining is afgesloten, vinden er een drietal metingen plaats, namelijk 1 week, 1 maand en 2 à 3 maanden na beëindiging. Evenals binnen de voormetingen, vindt er binnen elke nameting een gedrags- en belevingsmeting

plaats. Om bij de gedragsmetingen na te gaan of de doelgedragingen worden beheerst, kiezen wij binnen rollenspelen voor situaties

- met gemiddelde spanning,
- die niet getraind zijn,
- die niet eerder gemeten zijn.

Hierdoor is vergelijking met de rollenspelen uit de voormetingen mogelijk en kunnen wij conclusies trekken, in hoeverre de leerdoelen zijn bereikt.

Naast gedragsmetingen voeren wij belevingsmetingen uit. Daartoe nemen wij bij elke nameting de affectmatrix af die tijdens de intakefase is opgesteld. Op grond van de antwoorden van de trainee is het weer mogelijk om de kwaliteit van het sociaal en algemeen welbevinden en de mate van tevredenheid uit te rekenen. Zodoende kunnen wij bepalen of er na de training gesproken kan worden van verbetering van de verschillende belevingsaspecten.

Voor verdere inhoudelijke verantwoording van de evaluatiefase verwijzen wij naar hoofdstuk 7 (7.1.).

6.2. Beschrijving van de verschillende fasen

In de vorige paragraaf zijn wij ingegaan op een aantal achtergronden van de verschillende fasen. In het verlengde hiervan beschrijven wij binnen deze paragraaf zo concreet de uitvoering van de verschillende fasen. Deze beschrijvingen geschieden aan de hand van de figuren 8 t/m 11 die resp. betrekking hebben op de

- intakefase (6.2.1.),
- fase, waarin leerdoelen en doelgedragingen worden vastgesteld (6.2.2.),
- trainingsfase (6.2.3.),
- evaluatiefase (6.2.4.).

6.2.1. De intakefase (figuur 8)

De intakefase bestaat uit drie contacten.

HET EERSTE CONTACT

Stap 1: De kennismaking

Wij vragen naar de

- visusmogelijkheden van de blinde of slechtziende trainee
Vastgesteld dient te worden of de visueel gehandicapte aangewezen is op braille, grote letterdruk, normale letterdruk.
Daarnaast nagaan, hoe het "dichtbij" en "veraf" zien is.
- school (soort onderwijs, welke klas).
- thuissituatie (broers, zusjes, eigen kamer).
- sociale contacten (vrienden, vriendinnen).
- vrije tijdsbesteding (clubs, hobby's).

Stap 2: Het gesprek

Het gesprek gaat over het sociaal gedrag van de visueel gehandicapte trainee. Wat de trainee vertelt, concretiseren wij zoveel mogelijk (vragen stellen zoals: met wie, waar, wanneer?). Hierna vragen wij, met welke sociale vaardigheden de trainee eventueel wil oefenen. Bij elke vaardigheid noemt de trainee een situatie uit het dagelijks leven. Elke sociale vaardigheid schrijven wij samen met zo'n situatie (voorbeeld 2) op een kaartje.

Hulp vragen

De winkeljuffrouw om hulp vragen
wanneer ik de prijzen van de
artikelen in de supermarkt niet
kan lezen.

Voorbeeld 2

Stap 1 : De kennismaking

Stap 2 : Het gesprek

Stap 3 : Afname sociale
vaardigheidslijst

Stap 4 : Opstelling
belangrijkheidshierarchie

Stap 5 : Keuze van vier
vaardigheden

Stap 6 : Per vaardigheid vijf
situaties formuleren

Stap 7 : Opstelling
spanningshierarchie

Stap 8 : Gedragsmeting 1
1. keuze situatie met
gemiddelde spanning
2. concretisering
3. rollenspel

Stap 9 : Keuze waardegebieden

Stap 10 : Belevingsmeting 1

Stap 11 : Gedragsmeting 2
1. keuze situatie met
gemiddelde spanning
2. concretisering
3. rollenspel

Stap 12 : Belevingsmeting 2

Stap 13 : Introductie van de
training

beperkt aantal vaardigheden
+
10 vaardigheden

belangrijkheidshierarchie

vaardigheid 1	vaardigheid 2	vaardigheid 3	vaardigheid 4
---------------	---------------	---------------	---------------

5 situaties	5 situaties	5 situaties	5 situaties
-------------	-------------	-------------	-------------

hierarchie	hierarchie	hierarchie	hierarchie
------------	------------	------------	------------

1e situatie	3e situatie	5e situatie	2e situatie
concretisering	concretisering	concretisering	concretisering
rollenspel	rollenspel	rollenspel	rollenspel

de eerste tien kaartjes van de belangrijkheidshierarchie zijn
de waardegebieden

invulling van de affectmatrix 1

vaardigheid 1	vaardigheid 2	vaardigheid 3	vaardigheid 4
2e situatie	4e situatie	1e situatie	5e situatie
concretisering	concretisering	concretisering	concretisering
rollenspel	rollenspel	rollenspel	rollenspel

invulling van de affectmatrix 2

Figuur 8: De stappen 5 t/m 13 binnen de intakefase

HET TWEEDE CONTACT

Stap 3: Afname van de sociale vaardigheidslijst

Voor de afnameprocedure verwijzen wij naar bijlage 1. Uit deze lijst worden minimaal tien sociale vaardigheden gekozen. Deze vaardigheden worden met een voorbeeld eveneens op een kaartje geschreven.

Stap 4: Opstelling van de belangrijkheidshiërarchie

De trainee krijgt in het eerste contact de mogelijkheid om een aantal vaardigheden te noemen die hij/zij wil leren (stap 2). Daarnaast kiest de trainee uit de sociale vaardigheidslijst minimaal tien vaardigheden (stap 3). Elke vaardigheid is met een voorbeeldsituatie op een kaartje geschreven. Met behulp van deze kaartjes maakt de trainee, eventueel met onze hulp, een belangrijkheidshiërarchie. Het bovenste kaartje van deze hiërarchie heeft betrekking op de vaardigheid die de trainee voor training het meest van belang acht. De vaardigheid die op het onderste kaartje is geschreven, vindt de trainee in het kader van de training het minst belangrijk.

Stap 5: Keuze van de vier vaardigheden

Uit de belangrijkheidshiërarchie kiezen wij de bovenste vier vaardigheden. Deze vier sociale vaardigheden, die voor de training in aanmerking komen, gebruiken wij voor de gedragsmeting.

Stap 6: Per vaardigheid vijf situaties bedenken

Bij elke vaardigheid formuleert de trainee minimaal vijf dagelijkse leefsituaties. Deze situaties noteren wij op de inventarisatielijst (bijlage 2).

Stap 7: Opstelling van de spanningshiërarchie

Per vaardigheid geeft de trainee het spanningsniveau van de situaties aan. Met behulp van de inventarisatielijst en het spanningsschema (bijlage 2) lezen wij de situaties en antwoordmogelijkheden voor.

Stap 8: Gedragsmeting 1

De te leren sociale vaardigheden voert de trainee binnen rollenspelsituaties uit.

1. Per vaardigheid kiezen wij met behulp van de inventarisatielijst en het spanningsschema een situatie, waarin de trainee zich "nogal gespannen" voelt.
2. Per vaardigheid concretiseren wij zonodig de gekozen situatie.
3. Per vaardigheid vindt er een rollenspel plaats. Wij fungeren hierbij als tegenspeler. Het rollenspel wordt opgenomen op video.

Stap 9: Keuze van de waardegebieden

Wij kiezen de eerste tien kaartjes van de belangrijkheids-hiërarchie als uitgangspunt voor de belevingsmeting. Per vaardigheid is een sociale situatie geformuleerd. In totaal hebben wij tien sociale situaties die waardegebieden zijn voor invulling van de affectmatrix.

Stap 10: Belevingsmeting 1

De affectmatrix wordt ingevuld. (Voor de instructie verwijzen wij naar bijlage 3)

HET DERDE CONTACT

Stap 11: Gedragsmeting 2

De te leren sociale vaardigheden voert de trainee nog een keer binnen rollenspelsituaties uit.

1. Per vaardigheid kiezen wij met behulp van de inventarisatielijst en het spanningsschema een situatie, waarin de trainee zich "nogal gespannen" voelt. De gekozen situatie is een andere situatie dan die welke wij voor de eerste gedragsmeting gebruikten.
2. Per vaardigheid concretiseren wij zonodig de gekozen situatie.
3. Per vaardigheid vindt er een rollenspel plaats. Wij fungeren hierbij als tegenspeler. Het rollenspel wordt opgenomen

op video.

Stap 12: Belevingsmeting 2

De affectmatrix wordt voor de tweede keer ingevuld. (Voor de instructie verwijzen wij naar bijlage 3, punt 4 t/m 6)

Stap 13: Introductie van de training

Wanneer de train(st)er tot deelname van de visueel gehandicapte heeft besloten, wordt een korte schets van de training gegeven:

- het begrip "sociale vaardigheden" wordt uitgelegd.
- de training omvat 8 bijeenkomsten.
- elke bijeenkomst duurt 1 tot 1½ uur.
- er wordt gewerkt met huiswerkopdrachten.
- elke bijeenkomst bestaat uit:
 - a) bespreking van de huiswerkopdrachten.
 - b) oefenen van een vaardigheid.
 - c) huiswerkvoorbepreking.

Tenslotte worden afspraken gemaakt (b.v. tijd en plaats van de zittingsbijeenkomsten; wat doe je, wanneer je verhinderd bent).

6.2.2. Vaststelling van de leerdoelen en doelgedragingen (figuur 9)

Stap 14: Vaststelling van de leerdoelen en doelgedragingen van de sociale vaardigheden en non-verbale gedragingen

1. Beoordeling van de rollenspelen van beide gedragsmetingen. Wij beoordelen de sociale vaardigheden en de non-verbale gedragingen met behulp van de gedragscategorieën die in bijlage 4 zijn opgenomen.
2. Keuze van drie vaardigheden uit de vier beoordeelde sociale vaardigheden. Wij kiezen die vaardigheden, waarvan training het meest wenselijk is.
3. Keuze van de non-verbale gedragingen die voor training in aanmerking komen.

Stap 14: Vaststelling leerdoelen en doelgedragingen van sociale vaardigheden en non-verbale gedragingen

1. beoordeling sociale vaardigheden bij alle rollenspeletsituaties

vaardigheid 1	vaardigheid 2	vaardigheid 3	vaardigheid 4
situaties 1,2	situaties 3,4	situaties 5,1	situaties 2,5

2. keuze drie sociale vaardigheden voor de training

vaardigheid 1		vaardigheid 3	vaardigheid 4
---------------	--	---------------	---------------

3. beoordeling non-verbale gedragingen bij alle rollenspeletsituaties

beoordeling non-verbale gedragingen			
situaties 1,2	situaties 3,4	situaties 5,1	situaties 2,5

4. keuze non-verbale gedragingen

keuze non-verbale gedragingen

5. vaststelling leerdoelen en doelgedragingen van sociale vaardigheden en non-verbale gedragingen

vaststelling van leerdoelen en doelgedragingen

Stap 15: Vaststelling van leerdoelen van de beleevingsaspecten

1. berekening van:
 - sociaal welbevinden
 - algemeen welbevinden
 - mate van tevredenheid

affectmatrices 1 en 2		
kwaliteit sociaal welbevinden	kwaliteit algemeen welbevinden	mate van tevredenheid

2. vaststelling leerdoelen van de beleevingsaspecten

vaststelling leerdoelen

Figuur 9. De stappen 14 en 15 binnen de fase van de vaststelling van de leerdoelen en doelgedragingen

4. Vaststelling van de leerdoelen en doelgedragingen.

Stap 15: Vaststelling van de leerdoelen van de beleavings- aspecten

Wij berekenen de kwaliteit van het sociaal en algemeen welbevinden en de mate van tevredenheid met behulp van de twee ingevulde affectmatrices. Voor de wijze waarop dit kan worden berekend, verwijzen wij naar hoofdstuk 7 (7.5.2.1.). Op grond hiervan bepalen wij de leerdoelen.

6.2.3. De trainingsfase (figuur 10)

De trainingsfase bestaat uit acht zittingen. Het verloop van deze zittingen beschrijven wij hierna.

Zitting 1

1. Bespreking van de afspraken.

Wij nemen nog een keer de afspraken door. Deze afspraken hebben wij voor aanvang van de training op papier gezet.

2. Bespreking van de eerste vaardigheid.

(In deze beschrijving gaan wij ervan uit dat de eerste vaardigheid "hulp vragen" is.)

2.1. Inleiding.

Wij bespreken het begrip sociale vaardigheid: dit is de manier, waarop je met anderen omgaat; deze manier is geleerd. Ook kunnen wij aangeven, dat niet alle mensen de sociale vaardigheden even goed beheersen en dat "oefening kunst baart".

2.2. Gesprek over doelen van de eerste vaardigheid.

Wij voeren met de trainee een gesprek over de persoonlijke doelen van hulp vragen ("wat wil je met hulp vragen bereiken?", zie voorbeeld 3)

Zitting 1:

1. Afspraken doornemen
2. Bespreking vaardigheid 1
 - * inleiding
 - * gesprek over doelen
 - * introductie leerpunten
3. Oefening vaardigheid 1
 - * invulling inventarisatie-
lijst/spanningsschema
 - * anticiperend rollenspel
4. Voorbespreking huiswerk
5. Zittingsevaluatie

Zitting 3:

1. Huiswerkbepreking
2. Oefeningen vaardigheden 1 en 2
3. Voorbespreking huiswerk
4. Zittingsevaluatie

Zitting 5:

1. Huiswerkbepreking
2. Bespreking vaardigheid 3
 - * inleiding
 - * gesprek over doelen
 - * introductie leerpunten
3. Oefening vaardigheid 3
 - * invulling inventarisatie-
lijst/spanningsschema
 - * anticiperend rollenspel
4. Voorbespreking huiswerk
5. Zittingsevaluatie

Zitting 7:

1. Huiswerkbepreking
2. Bespreking zelfsturings-
methode
3. Toepassing zelfsturings-
methode
4. Voorbespreking huiswerk
5. Zittingsevaluatie

Zitting 2:

1. Huiswerkbepreking
2. Bespreking vaardigheid 2
 - * inleiding
 - * gesprek over doelen
 - * introductie leerpunten
3. Oefening vaardigheid 2
 - * invulling inventarisatie-
lijst/spanningsschema
 - * anticiperend rollenspel
4. Voorbespreking huiswerk
5. Zittingsevaluatie

Zitting 4:

1. Huiswerkbepreking
2. Bespreking lesbrief 1
3. Voorbespreking huiswerk
4. Zittingsevaluatie

Zitting 6:

1. Huiswerkbepreking
2. Bespreking lesbrief 2
3. Uitvoering rationele
zelfanalyse
4. Voorbespreking huiswerk
5. Zittingsevaluatie

Zitting 8:

1. Huiswerkbepreking
2. Oefeningen met:
 - * vaardigheden
 - * rationele zelfanalyse
 - * zelfsturingsmethode
3. Trainingsevaluatie

Figuur 10: De opzet van de zittingen binnen de sociale
vaardigheidstraining

Hulp vragen, wanneer je dingen niet kunt vanwege de visuele handicap

Leerdoelen en doelgedragingen:

1. De ander aanspreken door bv. te groeten ("hallo", "dag" etc.), gevolgd door "mag ik U wat vragen?".
2. Aangeven dat je slechtziend bent ("ik ben slechtziend, ik kan het niet zo goed zien").
Tegenover onbekenden zeggen: "ik ben slechtziend".
Tegenover bekenden zeggen: "ik kan het niet zo goed zien".
3. Duidelijk zeggen wat je van de ander verlangt ("kunt U mij helpen met.....").
4. De ander bedanken ("dank U wel", "bedankt").

Voorbeeld 3

2.3. Bespreking van de leerdoelen en doelgedragingen.

Wij bespreken de leerdoelen en doelgedragingen (voorbeeld 3). De leerdoelen zijn in feite de criteria, waaraan een goede hulpvraag moet voldoen. De leerdoelen en doelgedragingen staan op papier. Zonodig leest de trainee mee.

3. Het oefenen van de eerste vaardigheid.

3.1. Aanvullen van de inventarisatielijst en het spannings-schema.

Teneinde over voldoende oefensituaties te beschikken, vragen wij de trainee naar andere, nog niet eerder genoemde situaties. Wij noteren deze situaties op de inventarisatielijst en bepalen van de nieuwe situaties het spanningsniveau (voorbeeld 4).

3.2. Keuze van een situatie met de minste spanning.

Bij het oefenen met de eerste vaardigheid kiezen wij bij aanvang steeds voor een oefensituatie die de minste spanning oplevert. Volgens het principe van de geleidelijke toenadering oefent de trainee daarna met situaties in opklimmende moeilijkheidsgraad (spanningsniveau).

3.3. Anticiperend rollenspel.

- Na de keuze vindt concretisering van de oefensituatie plaats. Wij vragen de trainee de oefensituatie zo uitvoerig mogelijk te beschrijven. Zonodig vragen wij door.

Inventarisatielijst van situaties	Spanningsschema				
	Hoe gespannen?				
	hele- maal niet	weinig	nogal	erg	heel erg
1. In de klas				x	
2. Bij het stoplicht			x		
3. Op het station		x			
4. In de bibliotheek				x	
5. Bij V & D			x		
6. In een snackbar					x
7. Bij een bushalte				x	
8. In de bus			x		

Voorbeeld 4. De inventarisatielijst en het spanningsschema

- Vervolgens doen wij de vaardigheid voor, waarbij de trainee als tegenspeler fungeert. Ook doen wij de feedback-procedure voor. Hierbij stellen wij hardop de volgende vragen:

1. Wat vind ik ervan hoe het ging?
2. Wat wil ik veranderen?
3. Ben ik er tevreden over?
4. Vraag wat mijn tegenspeler ervan vond.

- Hierna oefent de trainee de vaardigheid en de feedback-procedure. In deze fase vindt gedragsrepetitie plaats, waarbij de train(st)er instrueert en corrigeert.

4. Voorbespreking van het huiswerk.

Na het oefenen van de vaardigheid bespreken wij het huiswerk voor de komende week. Wij lezen de opdrachten hardop voor en de trainee krijgt de gelegenheid om bij onduidelijkheden vragen te stellen.

De huiswerkopdrachten houden in dat de trainee gevraagd wordt om zoveel mogelijk met de vaardigheid (in dit geval: hulp vragen) in niet te moeilijke dagelijkse situaties te oefenen. Eveneens krijgt de trainee de opdracht

om van een oefensituatie een verslagje te maken met behulp van de aandachtspunten die genoemd zijn in bijlage 5.

5. Zittingsevaluatie.

Wij gaan na, wat de trainee ervan vond, hoe het ging.

Zitting 2

1. Huiswerkbepreking.

De trainee leest het verslag voor en wij gaan na, in hoeverre de leerdoelen zijn bereikt. Zonodig vindt er een reconstruerend rollenspel plaats, waarbij wij dezelfde werkwijze hanteren als bij het anticiperend rollenspel.

2. Bepreking van de tweede vaardigheid (inleiding, gesprek over doelen, bepreking van de leerdoelen en doelgedragingen).

3. Het oefenen van de tweede vaardigheid (aanvullen van de inventarisatielijst en het spanningsschema, keuze van een situatie met de minste spanning, anticiperend rollenspel).

4. Voorbepreking van het huiswerk.

Met de twee vaardigheden die tot nu toe zijn besproken, moet in de komende week worden geoefend.

Per vaardigheid maakt de trainee een verslag met behulp van de aandachtspunten (bijlage 5).

5. Zittingsevaluatie.

Zitting 3

1. Huiswerkbepreking.

2. Het oefenen van de eerste en tweede vaardigheid. De beide vaardigheden worden met behulp van moeilijker situaties geoefend.

3. Voorbepreking van het huiswerk.

Evenals in zitting 2 moet van de twee vaardigheden, waarmee in de komende week wordt geoefend, een verslag worden gemaakt met behulp van de aandachtspunten (bijlage 5).

Daarnaast moet de trainee lesbrief 1 (bijlage 6) doorlezen.

4. Zittingsevaluatie.

Zitting 4

1. Huiswerkbespreeking.

2. Bespreking van lesbrieven 1.

Hierbij gaan wij in op "hoe de waardering over jezelf tot stand komt" en "uitspraken die je in jezelf doet" (de zelf-uitspraken).

3. Voorbespreking van het huiswerk.

Van de twee vaardigheden, waarmee de komende week wordt geoefend, moet een verslag worden gemaakt met behulp van de aandachtspunten (bijlage 5).

4. Zittingsevaluatie.

Zitting 5

1. Huiswerkbespreeking.

2. Bespreking van de derde vaardigheid (inleiding, gesprek over doelen, bespreking van de leerdoelen en doelgedragingen).

3. Het oefenen van de derde vaardigheid (aanvullen van de inventarisatielijst en het spanningsschema, keuze van een situatie met de minste spanning, anticiperend rollenspel).

4. Voorbespreking van het huiswerk.

Van de drie vaardigheden die tot nu toe zijn geoefend, moet een verslag worden gemaakt met behulp van de aandachtspunten (bijlage 5).

Daarnaast moet de trainee lesbrieven 2 (bijlage 7) doorlezen.

5. Zittingsevaluatie.

Zitting 6

1. Huiswerkbespreeking.

2. Bespreking van lesbrieven 2.

Wij gaan in op het observeren van feiten en gebeurtenissen, gedachten die je hierover kunt hebben en gevoelens die hiervan het gevolg zijn.

Eveneens leggen wij het verschil uit tussen handige en onhandige gedachten. Een handige gedachte is gebaseerd op de werkelijkheid, leidt tot een gewenst doel, geeft een pret-

tig gevoel en voorkomt conflicten met andere mensen.

3. Wij maken samen met de trainee één of meerdere rationele zelfanalyses met behulp van bijlage 8.
4. Voorbespreking van het huiswerk.

Met de drie vaardigheden die tot nu toe zijn geleerd, wordt de komende week geoefend in moeilijker situaties.

Naar aanleiding van een sociale situatie maakt de trainee de opdrachten met betrekking tot "handig leren denken" (bijlage 8).
5. Zittingsevaluatie.

Zitting 7

1. Huiswerkbepreking.

De vaardigheden die in de afgelopen week zijn geoefend, worden besproken. Daarna leest de trainee de gemaakte opdrachten met betrekking tot "handig leren denken" voor. Hierover vindt een gesprek plaats en wij corrigeren zo nodig.
2. Behandeling van de zelfsturingsmethode.

Wij behandelen de stappen voor het leren oplossen van problemen en geven aan dat deze stappen voor de "toekomst" handig kunnen zijn.
3. Toepassing van de zelfsturingsmethode.

Wij lossen samen met de trainee één of meerdere situaties uit het verleden, heden of toekomst op.
4. Voorbespreking van het huiswerk.

Wederom oefent de trainee met de geleerde sociale vaardigheden.

Naar aanleiding van een sociale situatie maakt de trainee de opdrachten met betrekking tot "het oplossen van problemen".
5. Zittingsevaluatie.

Zitting 8

1. Huiswerkbepreking.

De trainee leest de gemaakte opdrachten met betrekking tot "het oplossen van problemen" voor. Hierover vindt een gesprek plaats en wij corrigeren zonodig.

2. Oefening.

De trainee oefent met de behandelde vaardigheden rationele zelfanalyse en de zelfsturingsmethode. Wij corrigeren zonodig.

3. Evaluatie van de training.

Wij gaan na, wat de mening van de trainee is over het verloop en de opzet van de sociale vaardigheidstraining.

6.2.4. De evaluatiefase (figuur 11)

Binnen deze fase gaan wij na, of de leerdoelen zijn bereikt.

Stap 1: Gedragsmeting 3

De geleerde sociale vaardigheden voert de trainee binnen rollenspelsituaties uit.

1. Per vaardigheid kiezen wij met behulp van de inventarisatietijst en het spanningsschema een situatie, waarin de trainee zich "nogal gespannen" voelt. Deze situatie is niet getraind en hebben wij bij de voormetingen niet gekozen.
2. Per vaardigheid concretiseren wij zonodig de gekozen situatie.
3. Per vaardigheid vindt er een rollenspel plaats. Wij fungeren hierbij als tegenspeler. Het rollenspel wordt opgenomen op video.

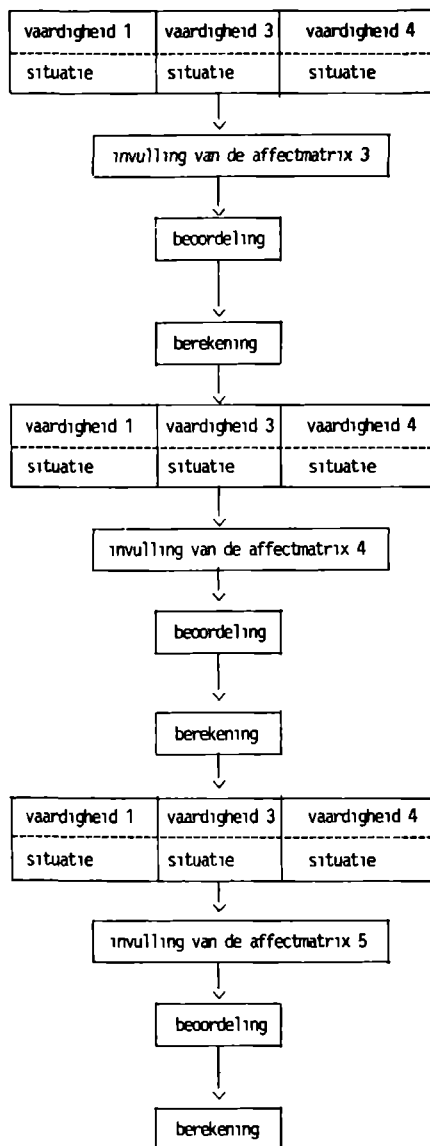
Stap 2: Belevingsmeting 3

De affectmatrix wordt voor de derde keer ingevuld. (Voor de instructie verwijzen wij naar bijlage 3, punt 4 t/m 6)

Stap 3: Beoordeling van de gedragsmeting 3

Wij beoordelen, in hoeverre de leerdoelen zijn bereikt of in hoeverre de doelgedragingen (sociale vaardigheden, non-verbale

- Stap 1 : Gedragsmeting 3**
 1. keuze situatie met gemiddelde spanning
 2. concretisering
 3. rollenspel
- Stap 2 : Belevingsmeting 3**
- Stap 3 : Beoordeling gedragsmeting 3**
 Beoordeling van:
 - sociale vaardigheden
 - non-verbale gedragingen
- Stap 4 : Analyses belevingsmeting 3**
 Berekening van:
 - sociaal welbevinden
 - algemeen welbevinden
 - mate van tevredenheid
- Stap 5 : Gedragsmeting 4**
 1. keuze situatie met gemiddelde spanning
 2. concretisering
 3. rollenspel
- Stap 6 : Belevingsmeting 4**
- Stap 7 : Beoordeling gedragsmeting 4**
 Beoordeling van:
 - sociale vaardigheden
 - non-verbale gedragingen
- Stap 8 : Analyses belevingsmeting 4**
 Berekening van:
 - sociaal welbevinden
 - algemeen welbevinden
 - mate van tevredenheid
- Stap 9 : Gedragsmeting 5**
 1. keuze situatie met gemiddelde spanning
 2. concretisering
 3. rollenspel
- Stap 10 : Belevingsmeting 5**
- Stap 11 : Beoordeling gedragsmeting 5**
 Beoordeling van:
 - sociale vaardigheden
 - non-verbale gedragingen
- Stap 12 : Analyses belevingsmeting 5**
 Berekening van:
 - sociaal welbevinden
 - algemeen welbevinden
 - mate van tevredenheid



Figuur 11. De stappen 1 t/m 12 binnen de evaluatiefase

gedragingen) door de trainee worden beheerst. Beoordeling geschiedt met behulp van de gedragscategorieën die in bijlage 4 zijn opgenomen.

Stap 4: Analyses van de belevingsmeting 3

Wij berekenen de kwaliteit van het sociaal en algemeen welbevinden en de mate van tevredenheid. Voor de wijze waarop dit kan worden berekend, verwijzen wij naar hoofdstuk 7 (7.5.2.1.).

Stap 5 en 6: Gedragsmeting 4 en belevingsmeting 4

Stap 7 en 8: Beoordeling van de gedragsmeting 4

Analyses van de belevingsmeting 4

Wij volgen dezelfde procedures als bij stap 1 t/m 4.

Stap 9 en 10: Gedragsmeting 5 en belevingsmeting 5

Stap 11 en 12: Beoordeling van de gedragsmeting 5

Analyses van de belevingsmeting 5

Wij volgen dezelfde procedures als bij stap 1 t/m 4.

7. DE ONDERZOEKSOPZET

7.1. Vraagstellingen en exploratieve analyses binnen het onderzoek

7.1.1. Vraagstellingen binnen het effect- en effectbehoudonderzoek

Ons onderzoek bestaat uit een effect- en een effectbehoudonderzoek. In het effectonderzoek zullen wij bij een groep (n = 20) visueel gehandicapten nagaan of de individuele sociale vaardigheidstraining tot verbetering van het uitwendige en inwendige gedrag heeft geleid.

Binnen het effectbehoudonderzoek beantwoorden wij de vraag of de verbetering van het uitwendige en inwendige gedrag na de training aanwezig blijft.

Binnen ons onderzoek zullen wij eerst antwoord geven op de vraag of de sociale vaardigheden en non-verbale gedragingen na de training zijn verbeterd en/of deze verbetering gehandhaafd blijft. (vraagstelling 1)

Voor het inwendig gedrag gaan wij na of er na de training een toename is van het sociaal en algemeen welbevinden. Wij onderzoeken eveneens of deze toename aanwezig blijft. (vraagstelling 2)

Wij maken een onderscheid tussen het sociaal welbevinden bij getrainde en het sociaal welbevinden bij niet-getrainde vaardigheden. Omdat visueel gehandicapten tijdens de training positieve ervaringen opdoen met de getrainde vaardigheden, veronderstellen wij dat het daarbij behorend sociaal welbevinden verbetert. Met de niet-getrainde vaardigheden is uiteraard niet geoefend. Desalniettemin willen wij nagaan of het sociaal welbevinden dat hierbij behoort via transfer of training ook toeneemt. (vraagstelling 3)

De visueel gehandicapte leert tijdens de training eveneens om eigen gedrag op positievere wijze te evalueren dan voorheen het geval was. Daarom gaan wij ervan uit dat de mate waarin de blinde of slechtziende met zichzelf tevreden is, ook toeneemt. Zodoende willen wij de vraag beantwoorden of het volgen van een sociale vaardigheidstraining tot een grotere mate van tevredenheid leidt. Eveneens gaan wij na of deze toename na de training gehandhaafd blijft. (vraagstelling 4)

7.1.2. Vraagstellingen binnen het onderzoek naar samenhangen

Naast het effectiviteitsonderzoek zal er tevens een onderzoek plaatsvinden naar de samenhang tussen de sociale aanpassing enerzijds en de linguïstische en paralinguïstische gedragskenmerken anderzijds. Hierbij onderscheiden wij samenhangen ten behoeve van de diagnostiek en samenhangen ten behoeve van de sociale vaardigheidstraining.

7.1.2.1. Samenhangen ten behoeve van de diagnostiek

Bij goed-zienden en visueel gehandicapten is onderzoek gericht of de linguïstische en paralinguïstische gedragskenmerken indicatoren zijn voor de sociale aanpassing. Van Hasselt, Hersen en Kazdin (1981) beschouwen de latentietijd en reactieduur als indicatoren voor sociale aanpassing bij visueel gehandicapten. Naarmate de sociale aanpassing beter is, zou de latentietijd en reactieduur namelijk korter kunnen zijn. Binnen het onderzoek willen wij antwoord geven op de vraag, welke linguïstische en paralinguïstische gedragskenmerken wij als indicatoren mogen beschouwen voor de sociale aanpassing bij visueel gehandicapten. Indien er samenhangen gevonden worden, zouden visueel gehandicapten met sociale aanpassingsproblemen opgespoord kunnen worden met behulp van bepaalde (para)linguïstische gedragskenmerken.

Wij onderzoeken of er samenhang bestaat tussen de linguïstische en paralinguïstische gedragskenmerken (tabel 6) en de

- wijze waarop de sociale vaardigheden worden toegepast (vraagstelling 5),
- kwaliteit van het sociaal welbevinden (vraagstelling 6a),
- kwaliteit van het algemeen welbevinden (vraagstelling 6b),
- de mate van tevredenheid. (vraagstelling 6c).

Tabel 6. Overzicht van de linguïstische en paralinguïstische gedragskenmerken

Linguïstische gedragskenmerken:

interjectie (klank, lettergreep, woord)
 herhaling (klank, lettergreep, woord, zinsdeel)
 correctie (klank, lettergreep, woord, zinsdeel)
 verspreking
 interruptie
 onverstaanbare uiting
 onvolledige uiting

Paralinguïstische gedragskenmerken:

latentietijd
 reactielengte (aantal woorden)
 reactieduur (tijdsduur)
 spreesnelheid
 pauze

7.1.2.2. Samenhangen ten behoeve van de sociale vaardigheids-training

In het kader van de sociale vaardigheidstraining is onderzoek naar samenhang eveneens mogelijk. Wij gaan na of een verbetering van de belangrijkste interventiegedragingen (sociale vaardigheden, sociaal welbevinden) samengaat met een toe- of afname van de (para)linguïstische gedragskenmerken. Op grond van het verloop van de interventiegedragingen en het verloop van de (para)linguïstische gedragskenmerken doen wij uitspraken over samenhang. Bij eventuele samenhang geven wij geen antwoord op de vraag of er sprake is van een causale relatie. Een toe- of afname kan namelijk het gevolg zijn van de training of van de interventiegedragingen.

Binnen dit onderzoek betrekken wij alleen die (para)linguïstische gedragskenmerken die gemakkelijk te interpreteren zijn, d.w.z. in het kader van de training betekenis kunnen hebben.

Zo verwachten wij dat een verbetering van de sociale vaardigheden samengaat met een afname van het aantal interjecties, herhalingen, correcties, versprekingen, interrupties, onverstanebare uitingen en onvolledige uitingen. (vraagstelling 7) Eveneens verwachten wij dat een verbetering van het sociaal welbevinden samengaat met een afname van de genoemde (para)-linguistische gedragskenmerken. (vraagstelling 8)

7.1.3. Exploratieve analyses

Binnen de literatuurstudie hebben wij factoren genoemd die volgens sommige auteurs van invloed zijn op de sociale aanpassing bij visueel gehandicapten. Hierbij maakten wij een onderscheid tussen de interne en externe factoren.

Als interne factoren noemden wij de aard van de visushandicap, het geslacht, de leeftijd en de intelligentie.

Ten aanzien van b.v. de aard van de visushandicap constateerden Cowen, Underberg, Verrillo en Benham (1961), Bateman (1962), Mehr, Mehr en Ault (1970) bij slechtzienden grotere aanpassingsproblemen dan bij blinden.

Verder noemden wij een aantal externe factoren zoals het al dan niet thuiswonen. De studies omtrent de invloed van deze variabele op het proces van sociale aanpassing geven geen eenduidig beeld. Een aantal auteurs zoals Head (1979) en Coker (1979) kwamen tot de conclusie dat er geen duidelijk verschil in sociale aanpassing bestaat tussen visueel gehandicapten die thuis wonen en die binnen een instituut verblijven.

Een aantal andere auteurs zoals Maglyby en Farley (1968), Crandell en Streeter (1977) vonden dat visueel gehandicapten die binnen een instituut onderwijs volgen, sociaal aangepaster zijn dan degenen die thuis het regulier onderwijs bezoeken.

Kortom, vanuit de literatuur lijken de genoemde variabelen van invloed op de mate van sociale aanpassing bij visueel gehandicapten. In dit onderzoek willen wij nagaan of de variabelen ook invloed hebben op de effecten van de sociale vaardigheidstraining. Wij formuleren geen hypothesen over eventuele ver-

schillen en voeren daarom een aantal exploratieve analyses uit. Per variabele gaan wij hierbij na of er systematische verschillen in effecten van de sociale vaardigheidstraining bestaan. Wij betrekken binnen de exploratieve analyses alleen de effecten die betrekking hebben op de sociale vaardigheden en het sociaal welbevinden. Deze variabelen zijn het meest bepalend voor de sociale aanpassing. De effecten die betrekking hebben op de non-verbale gedragingen, het algemeen welbevinden en de tevredenheid laten wij daarom bij de exploratieve analyses buiten beschouwing.

7.2. De onderzoeksopzet

Binnen ons onderzoek gaan wij van een groepsdesign uit. Per proefpersoon voeren wij een tijdreeksperiment uit. Dit tijdreeksperiment heeft voor elke proefpersoon over een andere tijdsperiode plaatsgevonden.

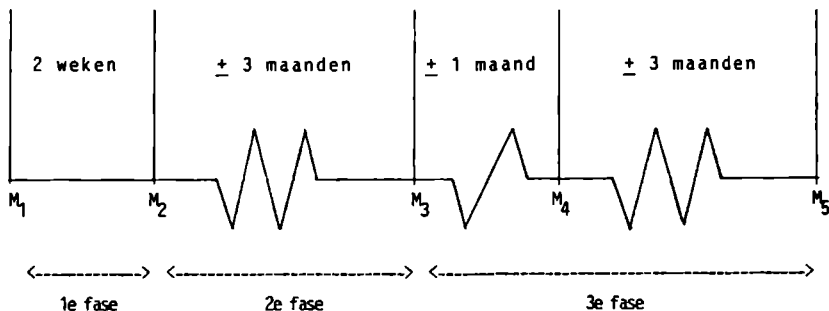
De samenstelling van een controlegroep bleek niet mogelijk vanwege het gebrek aan voldoende proefpersonen.

Onze onderzoeksgroep bestaat uit twintig proefpersonen. Het tijdreeksperiment dat wij bij elke proefpersoon hebben uitgevoerd, bestaat uit drie fasen, nl. een

- baselinefase (1e fase),
- behandelingsfase (2e fase),
- nametingsfase (3e fase).

Binnen de baselinefase vinden er twee metingen plaats (figuur 12). Gezien de reactieve effecten van een te groot aantal voormetingen, zoals het "afhaken" van de proefpersonen ten gevolge van motivatieproblemen, hebben wij het aantal metingen beperkt gehouden. Ondanks het beperkte aantal voormetingen bleek de baseline voldoende stabiel, omdat er geen veranderingen optraden. De uitkomsten van de tweede meting zijn gemiddeld gelijk aan die van de eerste meting. Binnen het tijdreeksperiment dienen de beide voormetingen als controle.

Tijdens de nametingsfase worden drie metingen gerealiseerd, namelijk direct na afloop van de sociale vaardigheidstraining, ongeveer 1 maand en 3 maanden na beëindiging van de training.



Figuur 12. De opzet van het tijdreeksexperiment

Elke meting bestaat uit een gedrags- en een belevingsmeting. Bij de gedragsmeting worden de sociale vaardigheden binnen rollenspelsituaties door de visueel gehandicapte uitgevoerd. Bij de belevingsmeting vult de visueel gehandicapte de affect-matrix in. Voor een uitvoerige beschrijving van de wijze waarop de gedrags- en belevingsmetingen plaatsvinden, verwijzen wij naar hoofdstuk 6 (6.1.1.).

7.3. De interne en externe validiteit

De interne validiteit binnen ons design betreft de vraag of de gedragsverbeteringen bij de visueel gehandicapte toe te schrijven zijn aan de sociale vaardigheidstraining. Campbell en Stanley (1966) noemen een aantal variabelen die de interne validiteit van ons onderzoek kunnen bedreigen. Onderzoeksopzetten, waarbij de volledige controle van deze variabelen niet aanwezig is, noemen zij "quasi-experimental designs". Is de experimentele controle optimaal, dan duiden zij de onderzoeksopzetten met "true-experimental designs" aan. Deze volledige experimentele controle komt volgens de auteurs in de onderzoekspraktijk veelal niet voor.

Voor ons onderzoek betekent dit dat wanneer wij de bedoelde variabelen niet controleren, zij verantwoordelijk kunnen zijn voor de veranderingen in het gedrag van de visueel gehandicapte, die na de training kunnen optreden.

De variabelen die gedurende de onderzoeksfase invloed zouden kunnen hebben op het gedrag van de blinde of slechtziende, hebben betrekking op

- leergeschiedenis (history): verwijst naar bepaalde gebeurtenissen die zich tijdens de trainingsfase voor kunnen doen. De invloed van deze variabele is binnen ons onderzoek gering, omdat de visueel gehandicapten niet tegelijkertijd de training hebben gevolgd. Een gebeurtenis in de buitenwereld op een bepaald moment kan daarom geen systematische invloed hebben op de gehele onderzoeksgroep.
- rijping (maturation): heeft te maken met de natuurlijke veranderingen als gevolg van het tijdsverloop. Controle van deze variabele is gedeeltelijk mogelijk. Van rijping is namelijk geen sprake, wanneer na de training een gehele of gedeeltelijke terugval van de effecten manifest wordt.
- test-hertest effecten (testing): dit houdt in dat de voorgaande meting invloed kan hebben op de volgende. Bij de gedragsmetingen controleren wij deze variabele, doordat wij bij de rollenspelen steeds voor andere rollenspelssituaties kiezen. Bij de belevingsmetingen sluiten wij de invloed van deze variabele uit. Wij veronderstellen dat er geen leer-effecten optreden ten gevolge van het herhaaldelijk invullen van de affectmatrix.
- instrumentarium (instrumentation): verwijst naar veranderingen die binnen en tussen de beoordelaars/observatoren kunnen optreden ten gevolge van ervaring, vermoeidheid etc.. Deze veranderingen hangen samen met de pre- en postinterventie perioden. Een systematische samenhang tussen deze veranderingen en genoemde perioden veronderstellen wij niet. Opgemerkt zij tevens dat binnen het onderzoek er enige garantie voor controle is, omdat wij in een vooronderzoek de inter- en intrabetrouwbaarheden van de beoordelingscategorieën hebben bepaald. (par. 7.6.4.)
Verder hebben wij bij inschakeling van nieuwe beoordelaars steeds opnieuw de inter- en intrabetrouwbaarheden vastgesteld tussen de ervaren beoordelaars en zij die nog geen ervaring hadden.
- statistische regressie (statistical regression): betreft

hier het verschijnsel dat een onderzoeksgroep is samengesteld uit personen die op een test extreem laag scoren. Statistische regressie verwijst naar het verschijnsel dat deze proefpersonen op een volgende test scores laten zien die naar het gemiddelde tenderen.

Statistische regressie kan binnen ons onderzoek moeilijk zijn opgetreden, omdat de uitkomsten van de tweede voormeting gelijk zijn aan die van de eerste voormeting.

- experimentele uitval (experimental mortality): verwijst naar het ontbreken van bepaalde proefpersonen na verloop van tijd. Hiervan is binnen onze onderzoeksgroep geen sprake.
- selectie (selection): heeft betrekking op verschillen tussen de experimentele en controlegroepen. Omdat wij niet met controlegroepen werken, heeft deze variabele geen invloed.

Hierboven beschreven wij een aantal bedreigingen voor de interne validiteit. Wij noemden een aantal maatregelen om de invloed van deze bedreigingen zoveel mogelijk uit te sluiten.

Naast de interne bestaat er de externe validiteit van onderzoeksresultaten. Hierbij stelt men bij experimenten de vraag, in hoeverre bepaalde resultaten gegeneraliseerd kunnen worden. Binnen ons onderzoek is sprake van een beperkte externe validiteit. Uitspraken over effecten en samenhangen gelden alleen voor visueel gehandicapten die voldoen aan de kenmerken van onze onderzoeksgroep. Deze groep bestaat voor het grootste gedeelte uit

- slechtziende en zeer slechtziende adolescenten,
- jongens,
- adolescenten die intern wonen,
- adolescenten met gemiddelde intelligentie.

De resultaten van ons onderzoek kunnen daarom niet gegeneraliseerd worden naar de totale populatie.

7.4. Het instrumentarium

7.4.1. De directe methoden

Voor de bestudering van sociale aanpassingsproblemen maken wij binnen de "behavioral assessment" een onderscheid tussen directe en indirecte methoden. Het verschil tussen beide methoden is hierin gelegen dat bij de directe methoden het te bestuderen gedrag rechtstreeks waarneembaar is, hetgeen bij de indirecte methoden niet het geval is. Bij de indirecte methoden wordt voor de hulpverleningspraktijk relevant sociaal (probleem)gedrag en omgevingsvariabelen verkregen door middel van het verbale rapport bij interviews, gesprekken, lijsten, checklists en retrospectieve beoordelingen aan de hand van ratingscales en checklists.

Tot de directe methoden worden o.a. gerekend de zelfobservaties, zelfregistratieprocedures, fysiologische metingen tijdens optredend sociaal probleemgedrag en de directe observatie in de natuurlijke of analoge omgeving.

Voor de bestudering van gedrag noemt Bellack (1979) een aantal directe methoden. Opsporing van sociale aanpassingsproblemen is door middel van "in vivo-observatie" mogelijk. Dit is de meest wenselijke, doch minst praktische benadering. Wij treffen deze methode binnen de literatuur over sociale vaardigheden weinig aan. Bestudering van gedrag is eveneens mogelijk binnen "naturalistische interacties". Hierbij zoekt de onderzoeker in de dagelijkse leefsituatie contact met de proefpersoon, waarbij dan wordt gekeken, hoe de persoon in kwestie zich gedraagt.

Ondanks het feit dat we beide methoden als mogelijkheden beschouwen om het uitwendig sociaal gedrag te bestuderen, is hiervoor binnen het onderzoek niet gekozen vanwege een aantal nadelen. Bij "in vivo-observatie" is de kans groot dat er zich tijdens de uitvoering reactieve effecten voordoen tengevolge van de aanwezigheid van een beoordelaar. Het gedrag van de visueel gehandicapte en de omgeving wordt hierdoor op ongunst-

tige wijze beïnvloed.

Daarnaast is het bij de beide procedures niet altijd mogelijk om bepaald probleemgedrag te bestuderen, omdat sommige sociale vaardigheidsproblemen zich met name buiten de te onderzoeken situaties kunnen voordoen. Eveneens is het bij zowel "in vivo-observatie" als "naturalistische interacties" niet mogelijk om bepaalde complexe gedragsobservaties te verrichten.

Op grond van deze bezwaren kozen wij binnen ons onderzoek voor een door Bellack genoemde derde methode: de rollenspeltest. Deze methode van onderzoek is een analogie-methode, waarbij ervoor gezorgd wordt dat de "laboratorium"-situatie gemaximaliseerde overeenkomst vertoont met de werkelijkheid.

De voornaamste verschillen met voorgaande methoden zijn dat rollenspeltests zeer gestructureerd zijn en de vaardigheid vereisen om snelle reacties te geven. Daarnaast wordt er aan de proefpersoon de eis gesteld om zich te kunnen inleven in een serie verschillende van te voren besproken sociale situaties. De rollenspeltest houdt rekening met de genoemde nadelen die zowel "in vivo-observatie" als "naturalistische interacties" met zich meebrengen. Daarbij heeft het rollenspel ook nog een aantal voordelen.

Bij een rollenspeltest

- is er bij de uitvoering sprake van een groter gemak. In vergelijking met de andere directe methoden kost een rollenspeltest namelijk minder tijd en is ook makkelijker uitvoerbaar.
- wordt de proefpersoon in staat gesteld om op relatief veilige wijze met situaties geconfronteerd te worden die in werkelijkheid negatieve gevolgen zouden kunnen hebben.
- is er een grotere experimentele controle mogelijk, waardoor b.v. vergelijking met andere proefpersonen op verantwoorde wijze kan geschieden.

Rollenspelen kunnen op video of op bandrecorder worden opgenomen. Binnen het onderzoek kiezen wij voor het maken van video-opnamen, omdat wij eveneens non-verbale gedragingen van de visueel gehandicapte bestuderen. Zoals aangegeven, kunnen er

bij video-opnamen ook veel meer gedragingen bestudeerd worden dan via directe waarneming in de natuurlijke leefsituatie van de visueel gehandicapte mogelijk is. Door herhaald afspelen kunnen eveneens de betrouwbaarheden van zowel beoordelingen als observaties worden verhoogd. Echter, er is ook een beperking te noemen. Bepaalde non-verbale gedragingen zoals oogcontact, gezichtsexpressie kunnen binnen ons onderzoek niet goed door middel van video worden waargenomen.

Voor de wijze waarop het gebruik van de rollenspeltest is uitgewerkt, verwijzen wij naar hoofdstuk 6 (6.2.2.).

7.4.1.1. De beoordelings- en observatielijst

De beoordelings- en observatielijst hanteren wij tijdens het onderzoek om het uitwendig sociaal gedrag van de visueel gehandicapte adolescenten te bestuderen. Deze gedragslijst is mede op basis van de literatuur ontwikkeld en hierbinnen maken wij een onderscheid tussen beoordelingen en observaties.

De beoordelingen geven aan of het non-verbale gedrag en de sociale vaardigheden adequaat of niet adequaat van aard zijn (voorbeeld 5). Op deze manier bepalen wij de kwaliteit van sociaal gedrag.

<u>Non-verbaal gedrag: rug</u>	
Beoordeling: 1	2
-----	-----
adequaat	niet adequaat
<p>De houding van de rug wordt als "niet adequaat" beoordeeld, wanneer de visueel gehandicapte opvallend onderuitgezakt zit of opvallend voorovergebogen zit of staat. In de overige gevallen wordt de houding van de rug "adequaat" genoemd.</p>	

Voorbeeld 5. De beoordelingsprocedure van de rug

De observaties verwijzen naar de linguïstische en paralinguïstische gedragskenmerken. In tegenstelling tot de beoordelingscategorieën stellen wij bij de observatiecategorieën de kwantiteit vast, zoals het aantal woorden of de tijdsduur van de

verbale reactie.

Een voorbeeld van de wijze waarop de observaties plaatsvinden, is weergegeven in voorbeeld 6.

Reactielengte

Heeft betrekking op het aantal woorden dat de visueel gehandicapte gedurende de verbale reactie nodig heeft.

Reactielengte: (het aantal woorden invullen)

De reactielengte wordt uitgedrukt in het aantal woorden. Telling van het aantal woorden geschiedt met behulp van het transcript (de uitgeschreven verbale reactie). De interjecties, herhalingen, versprekingen, onverstaanbare uitingen dienen eveneens meegeteld te worden. De klankinterjecties, verbonden aan woorden, moeten geteld worden als afzonderlijke woorden. Als de verbale reactie door de tegenspeler wordt onderbroken, dan wordt het aantal woorden over de totale verbale reactie van de visueel gehandicapte geteld.

Voorbeeld 6. De observatieprocedure van de reactielengte

Van de beoordelingscategorieën hebben wij de inter- en intrabetrouwbaarheden in een vooronderzoek bepaald. Voor een overzicht van deze betrouwbaarheden verwijzen wij naar par. 6.7.4.

7.4.2. De indirecte methoden

De indirecte methoden zijn in te delen in vaardigheids-, angst- en cognitielijsten. Deze lijsten sluiten aan bij de uitwendige en inwendige component die aan gedrag in het algemeen wordt onderscheiden. Het blijkt dat met name in de afgelopen twintig jaar een groot deel van deze lijsten is ontwikkeld, waarvan sommige voor gebruik binnen Nederland zijn vertaald.

Wij noemen als vaardigheidslijsten b.v. de Rathus Assertiveness Schedule (Rathus en Nevid, 1977), de College Self-Expression Scale (Galassi en Galassi, 1980). Verder kan in dit verband de Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag (Arrindell, De Groot en Walburg, 1984) worden genoemd. Deze schaal die recen-

telijk voor de Nederlandse hulpverleningspraktijk is ontwikkeld, bestaat uit een gecombineerde vaardigheids- en angst-schaal.

Veel gebruikte angstlijsten zijn de Fear Survey Schedules, waaronder de Fear Survey Schedule III (Wolpe en Lang, 1964) en de Children's Fear Survey Schedule (Ryall, 1979). Daarnaast hebben Cohen-Kettenis en Dekking (1980) een sociale angst-schaal ontwikkeld ten behoeve van de Nederlandse populatie voor kinderen in de leeftijd van 9 t/m 12 jaar.

De Internal-External Locus of Control-lijst van Rotter (1966) is een voorbeeld van een cognitIELIJST.

Uit bovenstaande opsomming blijkt dat binnen de hulpverleningspraktijk bij goed-zienden tal van zelfrapportages worden gebruikt. Dit was vroeger echter niet het geval. Dit is een gevolg van het feit dat de behavioristische leerprincipes de afgelopen decennia een opvallende ontwikkeling hebben doorgeemaakt. Zoals genoemd, speelden in de beginjaren van de gedragstherapie cognitieve processen nauwelijks een rol van betekenis; de laatste jaren is daar verandering in gekomen. Lag aanvankelijk bij het verklaren van gedragsproblemen de nadruk op het betrekkelijk ongecompliceerde stimulus-respons-model, steeds meer werd de invloed van cognities op de relatie tussen stimulus en respons beklemtoond. De belangstelling voor cognities bij de leertheoretisch geschoolde onderzoekers en therapeuten heeft zulke vormen aangenomen dat deze niet meer zijn weg te denken. Het gevolg hiervan is dat de "self-report"-data als betrouwbaarder worden beschouwd dan vroeger het geval was (Thoresen en Mahoney, 1974). Gezien deze hernieuwde belangstelling voor cognitieve processen bij o.a. sociale gedragsproblemen is derhalve de ontwikkeling en het gebruik van de zelfbeoordelingslijsten toegenomen.

Over de zinvolheid van het gebruik van deze lijsten geven wij aan dat regelmatig wordt beweerd dat zelfrapportages geen accurate weergave vormen van de werkelijkheid. De meeste zelfbeoordelingslijsten zijn voldoende valide en betrouwbaar, wanneer de persoon in kwestie in staat is om eigen gedrag of de interacties hiervan met de omgeving te observeren.

Voor de bestudering van het inwendig sociaal gedrag gebruiken

wij deze zelfbeoordelingsschalen echter niet. Zij sluiten onvoldoende aan bij de begrippen die betrekking hebben op het sociaal en algemeen welbevinden en de mate van tevredenheid. Ten behoeve van de bestudering van deze beleavingsaspecten hebben wij binnen het onderzoek een zelfbeoordelingslijst ontwikkeld die gebaseerd is op de zelfkonfrontatiemethode van Hermans (1974).

7.4.2.1. De aangepaste zelfkonfrontatiemethode

Binnen het effectonderzoek geven wij o.a. antwoord op de vraag of een sociale vaardigheidstraining tot een verbetering van het sociaal en algemeen welbevinden leidt. Daarnaast gaan wij in op de vraag of visueel gehandicapten, na het volgen van een training, meer met zichzelf tevreden zijn. Om deze en een aantal andere vragen te kunnen beantwoorden, hebben wij aansluiting gezocht bij de zelfkonfrontatiemethode van Hermans (1974). Dit instrument is een voorbeeld van een indirecte onderzoeksmethode. Bekend is dat deze methode, naast diagnostisch en therapeutisch gebruik, eveneens in evaluatieve zin gehanteerd kan worden. Aanpassingen bleken binnen het onderhavige onderzoek echter noodzakelijk.

Hermans gaat binnen zijn werkwijze uit van een 12-tal sets. Omdat er van de totale persoonlijkheid van de onderzochte persoon wordt uitgegaan, hebben deze sets betrekking op uiteenlopende thema's zoals verleden, heden, toekomst. Elke set bestaat uit meerdere vragen (ontlokkers), naar aanleiding waarvan waardegebieden van de persoon worden geformuleerd.

Binnen onze aangepaste vorm van de zelfkonfrontatiemethode is niet voor deze sets gekozen, omdat binnen de studie de sociale aanpassing van visueel gehandicapten centraal staat. Formulering van de waardegebieden vindt daarom plaats met behulp van de sociale vaardigheidslijst (bijlage 1). Overeenkomstig de werkwijze van Hermans nemen wij in de affectmatrix (bijlage 3) eveneens twee waardegebieden op die betrekking hebben op het algemeen ervaren en ideaal ervaren. Deze twee waardegebieden nemen wij als uitgangspunt bij de operationalisering van een

tweetal beleevingsaspecten, namelijk het algemeen welbevinden en de tevredenheid.

Bij afname van de zelfkonfrontatiemethode hanteert Hermans 24 affecten (gevoelens). Hiervan maken wij geen gebruik, omdat de visueel gehandicapte adolescenten deze affecten (zoals machteloosheid, saamhorigheid, innerlijke spanning) vaak niet goed begrijpen. Overeenkomstig de mogelijkheid die Hermans ons biedt, hebben wij andere affecten geformuleerd. Deze affecten die beter aansluiten bij het taalgebruik van onze doelgroep, hebben wij in de loop van de tijd verzameld op grond van de ervaring met de afname van onze zelfkonfrontatiemethode bij visueel gehandicapten.

Bij de afname gaan wij uit van een zestal affecten (drie positieve en drie negatieve) die samen met de visueel gehandicapte uit een grotere lijst met gevoelens worden gekozen (bijlage 3). Om de tijdsduur van de afname acceptabel te maken, kiezen wij niet, zoals Hermans doet, voor het gebruik van de vierentwintig affecten.

Ook onze terminologie verschilt met die van Hermans. In tegenstelling tot Hermans duiden wij de affectieve betrokkenheid op de waardegebieden aan met het begrip sociaal welbevinden. Ook onderscheiden wij de begrippen algemeen en ideaal welbevinden. Hermans spreekt van algemeen en ideaal ervaren. Verder hebben wij het begrip "mate van tevredenheid" geïntroduceerd.

Bij invulling van de affectmatrix moet de visueel gehandicapte per waardegebied aangeven, in welke mate een bepaald affect wordt ervaren. De positieve beleving drukken wij uit in een positieve affectscore (p-score); de negatieve beleving komt tot uiting in een negatieve affectscore (n-score). De operationalisering van de verschillende beleevingsaspecten levert het volgende op:

- de kwaliteit van het sociaal welbevinden berekenen wij over de tien waardegebieden en is de som van de positieve scores, gedeeld door de som van de positieve en negatieve scores tezamen.

psw

In symbolen: $S_w = \text{-----}$

psw + nsw

- de kwaliteit van het algemeen welbevinden berekenen wij over het waardegebied algemeen ervaren en is de som van de positieve scores, gedeeld door de som van de positieve en negatieve scores tezamen.

paw

In symbolen: $A_w = \text{-----}$

paw + naw

- de kwaliteit van het ideaal welbevinden berekenen wij over het waardegebied ideaal ervaren en is de som van de positieve scores, gedeeld door de som van de positieve en negatieve scores tezamen.

piw

In symbolen: $I_w = \text{-----}$

piw + niw

- de mate van tevredenheid is het verschil tussen het algemeen en ideaal welbevinden. In symbolen: $T = A_w - I_w$
 $T = \text{mate van tevredenheid}$

7.5. De onderzoekshypothesen

Op grond van de vraagstellingen 1 t/m 8 (par. 7.1.) toetsen wij de volgende hypothesen.

Hypothese 1 (zie vraagstelling 1)

Het volgen van een sociale vaardigheidstraining resulteert in een

- toename van het aantal doelgedragingen van de sociale vaardigheden,
- verbetering van de non-verbale doelgedragingen.

Hypothese 2a (zie vraagstelling 2)

Het volgen van een sociale vaardigheidstraining resulteert in een toename van de kwaliteit van het sociaal welbevinden.

Hypothese 2b (zie vraagstelling 2)

Het volgen van een sociale vaardigheidstraining resulteert in een toename van de kwaliteit van het algemeen welbevinden.

Hypothese 3 (zie vraagstelling 3)

Na het volgen van een sociale vaardigheidstraining is er sprake van een toename van de kwaliteit van het sociaal welbevinden dat bij de niet-getrainde vaardigheden behoort.

Hypothese 4 (zie vraagstelling 4)

Het volgen van een sociale vaardigheidstraining leidt tot een toename van de mate van tevredenheid.

Hypothese 5 (zie vraagstelling 5)

Naarmate het aantal doelgedragingen van de sociale vaardigheden per meetmoment groter is, is er per meetmoment eveneens sprake van

- een grotere

1. latentietijd,
2. reactieduur,
3. reactielengte,
4. spreek snelheid.

- minder

1. pauzes,
2. interrupties,
3. interjecties,
4. herhalingen,
5. onverstaanbare uitingen,
6. versprekingen,
7. onvolledige woord- en zinsuitingen,
8. correcties.

Hypothese 6a,b,c (zie vraagstelling 6a,b,c)

Naarmate de kwaliteit van het sociaal welbevinden (hypothese 6a), de kwaliteit van het algemeen welbevinden (hypothese 6b) en de mate van tevredenheid (hypothese 6c) groter is, is er per meetmoment sprake van eenzelfde samenhang met de (para)-linguistische gedragskenmerken als genoemd in hypothese 5.

Hypothese 7 (zie vraagstelling 7)

Een toename van het aantal doelgedragingen van de sociale vaardigheden gaat samen met een afname van het aantal

1. pauzes,
2. interrupties,
3. interjecties,
4. herhalingen,
5. onverstaanbare uitingen,
6. versprekingen,
7. onvolledige woord- en zinsuitingen,
8. correcties.

Hypothese 8a,b,c (zie vraagstelling 8)

Een toename van de kwaliteit van het sociaal welbevinden gaat samen met een afname van de (para)linguistische gedragskenmerken als genoemd in hypothese 7.

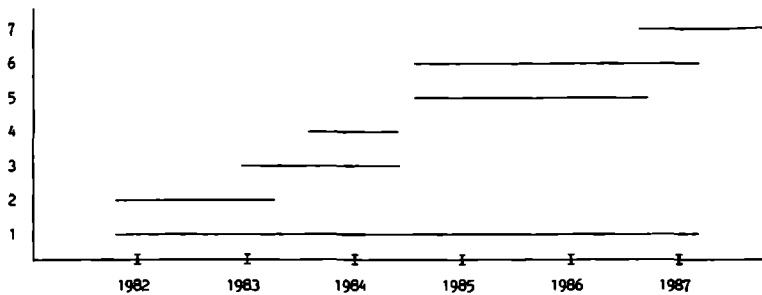
7.6. Het verloop van het onderzoek

Onze studie betreffende de ontwikkeling en effectmeting van een sociale vaardigheidstraining voor visueel gehandicapten strekt zich uit over de periode 1982 - 1987 en bestaat uit een aantal fasen. De opbrengst van de literatuurfase (1), die gedurende de gehele onderzoeksperiode plaatsvond, hebben wij gepresenteerd in de hoofdstukken 1 t/m 5.

In deze paragraaf besteden wij in volgorde (figuur 13) aandacht aan een aantal andere fasen, nl. de

- constructie van de sociale vaardigheidslijst (2),
- ontwikkeling van de sociale vaardigheidstraining (3),
- constructie van het instrumentarium (4),
- uitvoering van de sociale vaardigheidstrainingen (5),
- uitvoering van de beoordelingen en observaties (6),
- statistische verwerking van de resultaten (7).

Binnen de verschillende fasen participeerden doctoraalstudenten van de Rijksuniversiteit Utrecht (subfaculteiten pedagogiek en psychologie), de Rijksuniversiteit Leiden (subfaculteit psychologie) en de Universiteit van Amsterdam (subfacul-



Figuur 13. Het tijdsverloop van de verschillende deelfasen

teit psychologie).

Echter, voordat wij de fasen in het kort bespreken, geven wij eerst een beschrijving van de onderzoeksgroep.

7.6.1. Beschrijving van de onderzoeksgroep

De visueel gehandicapte adolescenten die gedurende de periode september 1984 tot januari 1987 aan een individuele sociale vaardigheidstraining hebben deelgenomen, hebben wij gerecru-teerd via het Centrum Bartiméus. Gedurende die periode hebben een twintigtal adolescenten een training gevolgd.

Zoals uit tabel 7 en 8 blijkt

- zijn bijna alle adolescenten slechtziend of zeer slechtziend,
- zijn de meeste adolescenten jongens,
- valt het grootste gedeelte van de adolescenten in de leef-tijdsfase van 16 t/m 20 jaar,
- wonen de meeste adolescenten intern,
- zijn de meeste adolescenten tenminste gemiddeld intelligent.

Tabel 7. De onderzoeksgroep getypeerd op een aantal variabelen

pp.nr.	visus*	gezicht** herkennen op 1 meter	geslacht	leeftijd	VIQ***	woonsituatie
1	slechtziend	ja	man	14	105	intern
2	slechtziend	ja	vrouw	16	123	extern
3	zeer slechtz.	nee	man	13	113	extern
4	slechtziend	ja	vrouw	16	95	intern
5	zeer slechtz.	ja	vrouw	17	126	extern
6	zeer slechtz.	nee	vrouw	16	73	intern
7	slechtziend	ja	man	16	119	intern
8	zeer slechtz.	nee	man	20	78	intern
9	slechtziend	ja	man	18	112	extern
10	slechtziend	ja	man	17	101	extern
11	maatsch. blind	nee	man	20	114	intern
12	zeer slechtz.	nee	vrouw	17	96	extern
13	zeer slechtz.	nee	vrouw	20	105	intern
14	zeer slechtz.	nee	man	21	78	intern
15	zeer slechtz.	nee	man	19	85	intern
16	slechtziend	ja	man	15	108	intern
17	zeer slechtz.	nee	man	18	96	intern
18	slechtziend	ja	man	18	93	intern
19	maatsch. blind	nee	vrouw	16	117	extern
20	slechtziend	ja	man	23	114	intern

*) verwijst naar de oogheelkundige definities (zie hoofdstuk 1, par. 1.2.)

**) verwijst naar de functionele definities (zie hoofdstuk 1, par. 1.2.)

***) VIQ = verbaal IQ, gemeten op de WISC-R en WAIS

Tabel 8. Frequentieverdeling van de proefpersonen op een aantal variabelen

Variabelen:

visus: slechtziend	9
zeer slechtz.	9
maatsch. blind	2
geslacht: man	13
vrouw	7
leeftijd: 12 - 17 jaar	11
18 - 23 jaar	9
verbaal IQ: 50 - 99	8
100 - 140	12
woonsituatie: intern	13
extern	7

7.6.2. Constructie van de sociale vaardigheidslijst

Deze fase strekte zich uit over de periode oktober 1982-maart 1983. Constructie van deze lijst geschiedde mede op grond van vragenlijsten die wij via scholen en instellingen voor visueel gehandicapten aan de blinde en slechtziende adolescenten hebben verstuurd. Van de \pm 400 lijsten ontvingen wij ongeveer de helft terug. Binnen de vragenlijsten werd de visueel gehandicapte gevraagd om een aantal veel voorkomende problematische sociale situaties op te schrijven. Analyse van deze beschrijvingen en bestudering van bestaande vaardigheidslijsten resulteerde in een eerste versie. Deze versie hebben wij in de loop der tijd regelmatig bijgesteld teneinde de inhoudsvaliditeit van deze lijst te verhogen.

7.6.3. Ontwikkeling van de sociale vaardigheidstraining

De ontwikkeling van de sociale vaardigheidstraining vond plaats op grond van literatuurstudie gedurende de periode januari - september 1983. Bij de ontwikkeling hebben wij ons laten leiden door de

- literatuur over sociale aanpassingsproblemen bij visueel gehandicapten (hoofdstuk 2),
- verklaringsmodellen en leertheorieën, van waaruit wij het ontstaan van sociale aanpassingsproblemen bij blinden en slechtzienden verklaren (hoofdstuk 3),
- bestaande sociale vaardigheidstrainingen voor goed-zienden (b.v. Van Son, 1978; Van Dam-Baggen en Kraaimaat, 1979; Beekers, 1982).

De bestaande sociale vaardigheidstrainingen voor visueel gehandicapten boden weinig houvast, omdat hierbinnen het leren van sociale vaardigheden achterwege wordt gelaten.

De eerste versie van de sociale vaardigheidstraining hebben wij groepsgewijs en individueel uitgevoerd. Op grond van onze ervaringen stelden wij de inhoud en de didactische werkvorm

regelmatig bij. Deze fase duurde van november 1983 tot juni 1984.

Uitvoering van de training vond in eerste instantie groepsge-
wijs plaats en hierbij fungeerden de projectleider (orthopeda-
goog) en een kinder- en jeugdpsychotherapeute als trainer en
co-trainster. De poging om een groepsgewijze training aan een
viertal visueel gehandicapte adolescenten te geven, strandde
op verschillen in zowel visus als intelligentiemogelijkheden.
Ook traden er motivatieproblemen op, omdat de deelnemers de
groepssituatie als te bedreigend ervoeren.

Op grond van onze ervaringen stellen wij dat een groepsgewijze
aanpak mogelijk is, wanneer er bij de visueel gehandicapte
adolescenten homogeniteit bestaat wat betreft intelligentie,
visusmogelijkheden en probleemgedrag. Daarnaast dienen de
leeftijden van de deelnemers niet te ver uiteen te lopen. Ook
moeten de visueel gehandicapten bereid zijn om een training in
een groep te volgen.

Na onze eerste poging om groepsgewijs de training te geven,
hebben wij andere visueel gehandicapten benaderd. Tijdens de
intakefase bleek regelmatig dat zij niet aan bovengenoemde
voorwaarden voldeden. Vandaar dat wij uiteindelijk kozen voor
een individuele aanpak.

7.6.4. Constructie van het instrumentarium

Gedurende de periode oktober 1983 - september 1984 hebben wij
ons met name beziggehouden met de

- constructie van de beoordelings- en observatielijst,
- aanpassing van de zelfkonfrontatiemethode van Hermans
(1974).

Constructie van de beoordelings- en observatielijst gebeurde
aan de hand van de literatuur en van video-opnames van het
uitwendig gedrag (sociale vaardigheden, non-verbale gedragin-
gen en (para)linguistische gedragskenmerken) van visueel ge-
handicapten.

De observaties betreffen de (para)linguistische gedragsken-
merken, terwijl de beoordelingen plaatsvinden bij de sociale

vaardigheden en non-verbale gedragingen. Van de beoordelingscategorieën die dichotoom van aard zijn (zie bijlage 4), vonden inter- en intrabetrouwbaarheidsbepalingen plaats. Voor de berekening van de betrouwbaarheden (zie tabel 9) gebruikten wij de Kappa-coëfficiënt om de overeenstemming te berekenen tussen twee beoordelaars (interbetrouwbaarheid) of tussen de beoordelingen van één beoordelaar op twee tijdstippen (intra-betrouwbaarheid).

Tabel 9. De inter- en intrabetrouwbaarheden (Kappa-coëfficiënten) van de beoordelingscategorieën behorend bij de sociale vaardigheden en de non-verbale gedragingen

	Interbetrouwbaarheden		Intrabetrouwbaarheden	
	Tijdstip 1	Tijdstip 2	Beoordelaar 1	Beoordelaar 2
Sociale vaardigheden	0,94	0,87	0,88	0,94
Non-verbale gedragingen:				
lichaamshouding	0,73	0,76	0,88	0,75
gezicht	0,91	0,84	1	1
romp	1	1	1	1
rug	0,74	0,75	1	1
benen	0,82	0,91	0,75	1
stereotype gedragingen	0,82	1	0,91	0,91

7.6.5. Uitvoering van de sociale vaardigheidstrainingen

Zoals wij hebben aangegeven, duurde deze fase van september 1984 tot februari 1987. De trainingen die individueel zijn gegeven, werden uitgevoerd door de projectleider en de kinderen jeugdpsychotherapeute. Zij namen gedurende genoemde periode ieder een tiental trainingen voor hun rekening. Op grond van de ervaringen werd zoveel mogelijk gekozen voor een hulpverleningsrelatie, waarbij de train(st)er en trainee van hetzelfde geslacht zijn. Over het tijdstip van de trainingen merken wij op dat deze bijna allemaal buiten de schooltijden ('s middags of 's avonds) zijn gegeven.

Ondanks ons pleidooi voor contact met de omgeving (ouders, leerkrachten, groepsleiding) is hier vaak van afgezien. Omdat de visueel gehandicapte adolescenten hier afwerend tegenover

stonden, hebben wij niet gekozen voor structurele contacten met de omgeving.

Naarmate de trainingen binnen het centrum meer bekendheid kregen, bleek deelname aan een sociale vaardigheidstraining minder bedreigend dan voorheen. De motivatie tot deelname bleek bij de blinden en slechtzienden namelijk toe te nemen.

7.6.6. Uitvoering van de beoordelingen en observaties

Gelijktijdig met de vorige fase zijn de beoordelingen en observaties door diverse studenten uitgevoerd. Voor aanvang van elke training zijn de beoordelingen van de twee voormetingen door een student(e) en de train(st)er onafhankelijk van elkaar verricht. In overleg met elkaar vond op basis hiervan vaststelling van de definitieve leerdoelen plaats. De nametingen zijn na afloop alleen door een student(e) beoordeeld. Hierbij is nagegaan of de leerdoelen, na deelname aan een training, zijn bereikt.

Na elke training werden door een student(e) eveneens de observaties over alle metingen uitgevoerd. Deze observaties hebben betrekking op de linguïstische en paralinguïstische gedragskenmerken die wij in tabel 4 (pag. 55) hebben gepresenteerd. Uitvoering van de observaties geschiedde mede met behulp van de uitgeschreven verbale reactie van de visueel gehandicapte, het zgn. transcript. Een voorbeeld van een transcript is weergegeven in bijlage 10.

7.6.7. Statistische verwerking van de onderzoeksgegevens

Binnen onze studie voeren wij een aantal analyses uit, die betrekking hebben op:

1. het onderzoek naar de effecten van de sociale vaardigheidstraining. Dit effectonderzoek bestaat uit twee delen, nl.:
 - a. effectanalyse.
 - b. effectbehoudanalyse.

Tijdens de effectanalyse gaan wij na, of er ten gevolge

van de training sprake is van een verbetering van

- de sociale vaardigheden en de non-verbale gedragingen,
- het sociaal en algemeen welbevinden en de tevredenheid.

Bij de effectbehoudanalyse willen wij nagaan, of de geconstateerde trainingseffecten na verloop van tijd (± 1 maand en ± 4 maanden na de training) nog gehandhaafd blijven.

Het onderzoek naar effecten heeft binnen deze studie betrekking op de vraagstellingen 1 t/m 4 en de daarbij behorende hypothesen.

2. het onderzoek naar samenhangen tussen de linguïstische en paralinguïstische gedragskenmerken enerzijds en de sociale vaardigheden, sociaal en algemeen welbevinden en de mate van tevredenheid anderzijds. Dit onderzoek bestaat eveneens uit twee delen, nl. het onderzoek naar samenhangen ten behoeve van de:

- a. diagnostiek.

- b. sociale vaardigheidstraining.

Het onderzoek naar samenhangen ten behoeve van de diagnostiek is erop gericht om na te gaan of bepaalde (para)linguïstische gedragskenmerken indicatoren zijn voor sociale aanpassingsproblemen bij visueel gehandicapten.

Bij het onderzoek naar samenhangen ten behoeve van de sociale vaardigheidstraining gaan wij na of een verbetering van de belangrijkste interventiegedragingen (sociale vaardigheden, sociaal welbevinden) samengaat met een toe- of afname van de (para)linguïstische gedragskenmerken.

Het onderzoek naar samenhangen heeft betrekking op de vraagstellingen 5 t/m 8 en de daarbij behorende hypothesen.

3. de exploratieve analyses. Hierbij gaan wij na, of bepaalde variabelen invloed hebben op de effecten van de sociale vaardigheidstraining. De variabelen die in deze exploratieve analyses betrokken zullen worden, zijn: de ernst van de visushandicap, het geslacht, de leeftijd, de intelligentie en het al dan niet thuiswonen.

7.6.7.1. De effectanalyse

Onze onderzoeksofzet is een tijdreeks-experiment dat in de rij van quasi-experimentele onderzoeksofzetten een vooraanstaande plaats inneemt (Campbell en Stanley, 1963). Binnen onze ofzet worden in totaal 5 metingen verricht. Er zijn 2 pré- en 3 post-interventiemetingen. De interventie-effecten werden in eerste instantie getoetst met behulp van de rangtekentoets van Wilcoxon en de t-toets voor gepaarde waarnemingen. Door middel van deze toetsen is vastgesteld of de scores van de doelgedragingen en het sociaal welbevinden op elke nameting significant verschillen van de gemiddelde scores van de voormetingen. Van deze gemiddelde scores is uitgegaan, omdat bij bovengenoemde toetsen bleek dat de scores van de voormetingen vrijwel niet van elkaar verschilden.

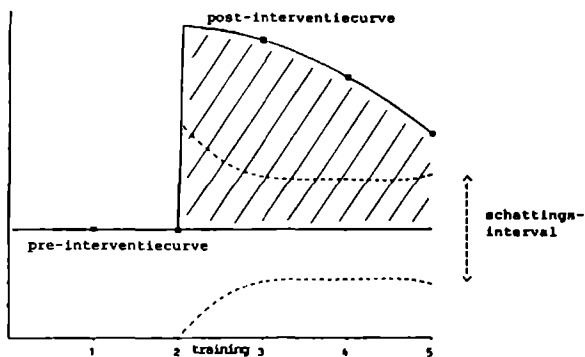
Met behulp van deze toetsen zijn steeds de verschillen tussen de scores van elke nameting en de gemiddelde scores van de voormetingen getoetst. Omdat dit voor elke nameting is gedaan, zijn deze toetsingsprocedures enigszins omslachtig te noemen. Een nadeel hierbij is dat er geen rekening wordt gehouden met gelijktijdigheid van de toetsen en het daarbij te verdisconten problem van de seriële afhankelijkheid van de opeenvolgende metingen. Hierdoor zijn er bij de toetsing van het interventie-effect speciale procedures vereist (Oud, 1981). Campbell en Stanley (1963) wijzen bij de statistische verwerking van tijdreeks-experimenten eveneens op deze moeilijkheden.

Het MANOVA-programma van Oud, Reelick en Raaijmakers (1986), aangeduid met TIDA (Time Data Analysis Program), kent deze nadelen niet. Bij deze multivariate variantie-analytische procedure is namelijk sprake van gelijktijdige toetsing, waarbij de seriële afhankelijkheid wordt verdisconteerd. Eveneens biedt deze analyse de mogelijkheid om ongelijke afstanden tussen de opeenvolgende meetmomenten in de analyse te betrekken. Een ander voordeel van deze analyse is, dat de resultaten grafisch worden weergegeven en dat zij meer informatie geeft over

het ontwikkelingsverloop.

Ondanks het feit dat het gebruik van de rangtekentoets van Wilcoxon en de t-toets niet tot andere conclusies leiden als TIDA, hebben wij omwille van de voordelen voor deze laatste procedure gekozen. Voorwaarde voor toepassing van TIDA is dat de data normaal zijn verdeeld. Echter, gebruik is ook toegestaan bij beperkte afwijkingen van normaliteit.

Bij de effectanalyse maken wij gebruik van TIDA en hierbij zullen de drie nametingen met de twee voormetingen worden vergeleken. Een voorbeeld hiervan zien we in figuur 14.



Figuur 14. Het verloop van de pre-interventie- en post-interventiecurve

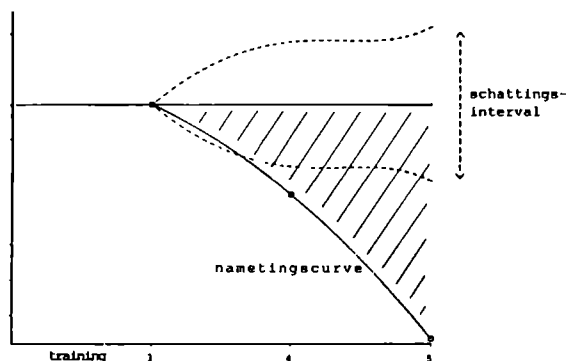
Omdat de twee voormetingen vrijwel niet van elkaar verschillen, wordt de pré-interventieperiode beschreven door een constante curve. Wij verwachten dat de scores van de nametingen ten opzichte van die van de voormetingen zullen veranderen. De afwijkingen ten opzichte van de pre-interventiecurve worden in de post-interventieperiode beschreven door een curve, waarin drie componenten zijn verdisconteerd, nl.: een constante, een lineaire en een kwadratische component. Het verloop van de curve wordt door deze componenten op nauwkeurige wijze beschreven. Bekeken zal worden of de curve al dan niet binnen het schattingsinterval valt. Dit interval geeft het gebied aan, waarbinnen de curve bij niet-significantie ligt. Voor meer technische informatie verwijzen wij naar Oud (1981) en

Oud, Reelick en Raaijmakers (1986).

In figuur 14 wordt het totale effect weergegeven door middel van het gearceerde gedeelte.

7.6.7.2. De effectbehoudanalyse

Bij de effectbehoudanalyse kijken wij, of een eventueel trainingseffect ook na verloop van tijd nog gehandhaafd blijft. Dit betekent dat wij nagaan, of het bereikte interventie-effect van de eerste nameting nog aanwezig is op de tweede en derde nameting. Een voorbeeld vindt men in figuur 15.



Figuur 15. Het verloop van de nametingscurve

Door de eerste nameting wordt een curve met slechts een constante component getrokken. De afwijkingen van de overige nametingen ten opzichte van de constante curve worden beschreven door een curve met een lineaire en kwadratische component. Bij de beantwoording van de vraagstellingen letten wij op de curve behorende bij de gemiddelde scores van de tweede en derde nameting. Hierbij zal worden nagegaan of de curve al dan niet binnen het schattingsinterval valt. Dit interval geeft het gebied aan, waarbinnen de curve bij niet-significantie ligt. In figuur 15 wordt het totale effectverlies eveneens aangegeven door middel van het gearceerde gedeelte.

7.6.7.3. Het onderzoek naar samenhangen

Onderzoek naar samenhangen ten behoeve van de diagnostiek

Per meetmoment onderzoeken wij de samenhang tussen de interventiegedragingen en de (para)linguistische gedragskenmerken. Omdat de onderzoeksgegevens tenminste van ordinaal niveau zijn, berekenen wij hier de Spearman-rangcorrelatiecoëfficiënten.

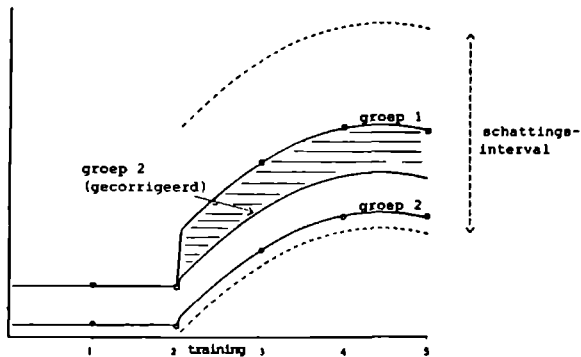
Onderzoek naar samenhangen ten behoeve van de sociale vaardigheidstraining

De berekening van de Spearman-rangcorrelatiecoëfficiënten geeft geen antwoord op de vraag, of er een samenhang bestaat tussen het effectverloop van de interventiegedragingen en een eventuele toe- of afname van de (para)linguistische gedragskenmerken in de tijd. Er kan namelijk per meetmoment een hoge correlatie tussen de interventiegedragingen en de toe- of afname van de (para)linguistische gedragskenmerken bestaan, terwijl er geen sprake behoeft te zijn van een samenhang in de tijd. Het omgekeerde is eveneens mogelijk: een samenhang in de tijd kan gepaard gaan met lage correlaties per meetmoment. Om een samenhang in de tijd tussen de interventiegedragingen en de (para)linguistische gedragskenmerken op te sporen, voeren wij bij de gedragskenmerken een TIDA-analyse uit. Het curveverloop van de (para)linguistische gedragskenmerken vergelijken wij met het curveverloop van de interventiegedragingen. Op grond van het verloop van de curven doen wij uitspraken over eventuele samenhangen.

7.6.7.4. De exploratieve analyses

Hierbij gaan wij na, of bepaalde variabelen invloed hebben op de effecten van de sociale vaardigheidstraining. Als variabelen die wij in deze analyses betrekken, noemen wij: visushandicap, geslacht, leeftijd, verbaal IQ en woonsituatie. Wij onderscheiden per variabele steeds een tweetal groepen die elk

qua aantal ongeveer even groot zijn, en toetsen het eventuele verschil in effect dat tussen deze groepen kan bestaan. Daarbij kunnen wij gebruik maken van de t-toets. Echter, om dezelfde redenen als genoemd bij de effectanalyse achten wij het gebruik van deze toets minder wenselijk en wij kiezen voor de multivariate variantie-analytische benadering van het TIDA-programma. Hierbinnen bestaat de mogelijkheid om verschillen tussen twee groepen te toetsen. We zullen dit verduidelijken aan de hand van het voorbeeld in figuur 16.



Figuur 16. Het verloop van de post-interventiecurven van de verschillende groepen

Wij letten hierbij op het verschil tussen de curve van groep 1 (\square) en de curve van groep 2 (\circ) en gaan na, of dit verschil buiten het betreffende schattingsinterval uitkomt. Bij deze TIDA-procedure wordt voor het pre-interventieverschil gecorrigeerd. Het uiteindelijke verschil tijdens de post-interventieperiode (zie gearceerd gedeelte in figuur 16) wordt aangegeven met een derde curve: de voor het pre-interventieverschil gecorrigeerde curve van groep 2. Bij deze en andere TIDA-procedures toetsen wij tweezijdig, waarbij $\alpha = 0,05$. Dit correspondeert met een eenzijdige toetsing, waarbij $\alpha = 0,025$.

8. PRESENTATIE VAN DE ONDERZOEKSGEGEVENS EN BEANTWOORDING EN BESPREKING VAN DE VRAAGSTELLINGEN

In dit hoofdstuk toetsen wij de hypothesen die in het vorige hoofdstuk werden genoemd.

Achtereenvolgens gaan wij in op de resultaten van

1. het onderzoek naar de effecten van de sociale vaardigheids-training,
2. het onderzoek naar samenhangen tussen de interventiegedragingen en de (para)linguistische gedragskenmerken,
3. de exploratieve analyses naar de invloed van bepaalde variabelen op de trainingseffecten.

Bij elk onderzoeksonderdeel zullen wij eerst de onderzoeksgegevens presenteren. Per onderdeel beantwoorden wij daarna de vraagstellingen, waarbij zoveel mogelijk verbanden naar de achterliggende theorie zullen worden gelegd.

8.1. Het onderzoek naar de effecten van de sociale vaardigheidstraining

8.1.1. Toetsing van hypothese 1

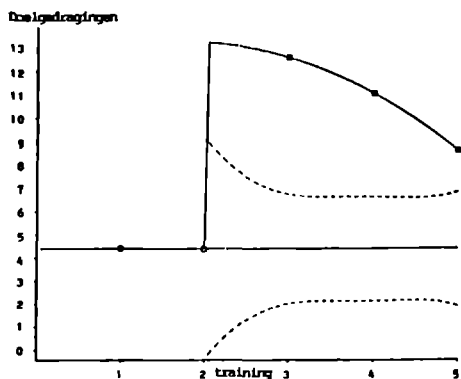
De hypothese luidde dat het volgen van een sociale vaardigheidstraining leidt tot een

- toename van het aantal doelgedragingen van de sociale vaardigheden,
- verbetering van de non-verbale doelgedragingen.

Effectanalyse

Uit figuur 17 blijkt dat er tijdens de post-interventieperiode sprake is van een significante toename van het aantal doelgedragingen. Wij constateren namelijk dat de curve buiten het schattingsinterval loopt. Dit gelijktijdige schattingsinterval geeft het gebied aan, waarbinnen de curve bij niet-significan-

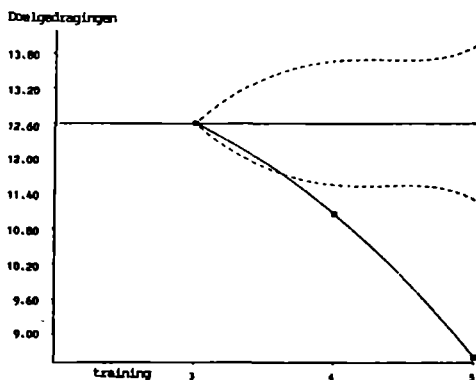
tie zou liggen.



Figuur 17. Het curveverloop van het gemiddeld aantal doelgedragingen op de 5 achtereenvolgende meetmomenten

Effectbehoudanalyse

Evenals in figuur 17 komt in figuur 18 naar voren dat het effect op de eerste nameting niet volledig gehandhaafd blijft. De curve loopt op de meetmomenten 4 en 5 buiten het schattingsinterval. Dit betekent dat er ten opzichte van meetmoment 3 sprake is van een gedeeltelijke terugval. De terugval is op meetmoment 5 het grootst.



Figuur 18. Het curveverloop van het gemiddeld aantal doelgedragingen na de training

Eveneens stelden wij de vraag of de sociale vaardigheidstraining tot verbetering van de non-verbale gedragingen leidt. Daartoe hebben wij bij elke proefpersoon per meetmoment

diverse rollenspelen beoordeeld. In tabel 10 presenteren wij per meetmoment de percentages van proefpersonen, bij wie het beoordeelde non-verbale gedrag bij alle rollenspelen adequaat was. Uit deze tabel blijkt eveneens dat training van het non-verbale gedrag slechts bij een gering aantal proefpersonen noodzakelijk was. Vanwege dit geringe aantal hebben wij van effectonderzoek bij de non-verbale gedragingen afgezien.

Tabel 10. Percentages van proefpersonen waarbij per meetmoment het beoordeelde non-verbale gedrag bij alle rollenspelen adequaat is

	moment 1	moment 2	moment 3	moment 4	moment 5
lichaamshouding	72	89	88	88	94
gezicht	56	67	76	94	88
romp	72	89	94	82	88
rug	67	76	89	89	88
handen	76	72	76	74	76
benen	88	89	89	72	94
stereotype gedragingen	88	88	94	94	100

8.1.2. Toetsing van hypothese 2

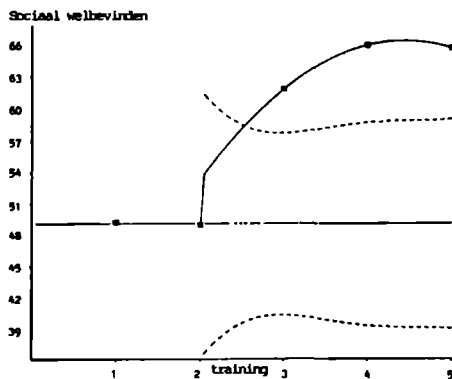
Hierbij veronderstelden wij dat het volgen van een sociale vaardigheidstraining in een toename resulteert van de kwaliteit van het

- sociaal welbevinden (hypothese 2a),
- algemeen welbevinden (hypothese 2b).

8.1.2.1. Het sociaal welbevinden

Effectanalyse

Uit figuur 19 blijkt dat de curve buiten het schattingsinterval loopt. Dit betekent dat het sociaal welbevinden tijdens de post-interventieperiode significant is toegenomen.



Figuur 19. Het curveverloop van de gemiddelde scores van het sociaal welbevinden op de 5 achtereenvolgende meetmomenten

Bij de geconstateerde toename van het sociaal welbevinden is echter nog geen antwoord gegeven op de vraag, in hoeverre er sprake is van een toe- of afname van de p- en n-scores. De p-score heeft hierbij betrekking op de positieve beleving; de negatieve beleving drukken wij uit in een n-score.

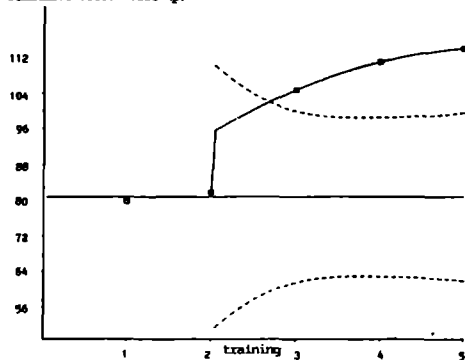
Zoals in par. 7.5.2.1. is besproken, wordt het sociaal welbevinden per meetmoment berekend door middel van de formule:

$$\frac{\text{psw}}{\text{psw} + \text{nsw}}$$

Om op genoemde vraag antwoord te geven, hebben wij de curven die bij de gemiddelde p- en n-scores behoren, afzonderlijk bekeken. Uit de figuren 20 en 21 blijkt dat er na de training gesproken mag worden van een:

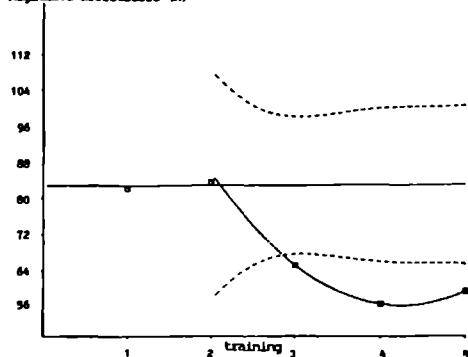
1. significante toename van de gemiddelde p-scores (figuur 20)
2. significante afname van de gemiddelde n-scores (figuur 21)

Positieve affectscore (p)



Figuur 20. Het curveverloop van de gemiddelde p-scores van het sociaal welbevinden op de 5 achtereenvolgende meetmomenten

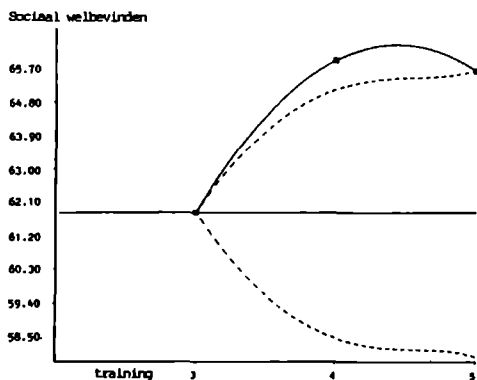
Negatieve affectscore (n)



Figuur 21. Het curveverloop van de gemiddelde n-scores van het sociaal welbevinden op de 5 achtereenvolgende meetmomenten

Effectbehoudanalyse

In figuur 22 zien wij dat de toename van het sociaal welbevinden tijdens de post-interventieperiode gehandhaafd blijft. Wij zien zelfs dat het sociaal welbevinden op de meetmomenten 4 en 5 ten opzichte van meetmoment 3 verder is toegenomen. Deze toename is eveneens significant.

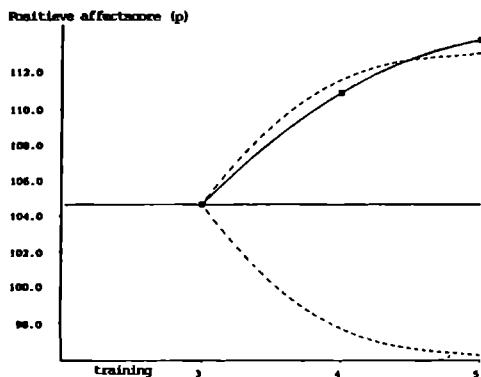


Figuur 22. Het curveverloop van de gemiddelde scores van het sociaal welbevinden op de meetmomenten na de training

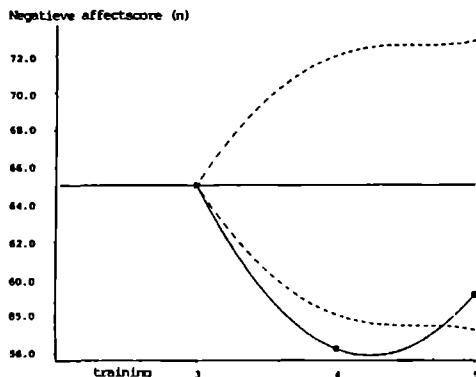
Letten wij op de afzonderlijke p-curve (figuur 23), dan zien wij dat het effect (toename p-scores) behouden blijft. Op meetmoment 5 is er ten opzichte van meetmoment 3 zelfs sprake

van een verdere significante toename van het effect (afname van de negatieve affectscore).

Kijken wij naar de n-curve (figuur 24), dan constateren wij dat het effect (afname van de n-scores) behouden blijft. Op meetmoment 4 is er ten opzichte van meetmoment 3 sprake van een verdere significante toename van het effect.



Figuur 23. Het curveverloop van de gemiddelde p-scores van het sociaal welbevinden op de meetmomenten na de training



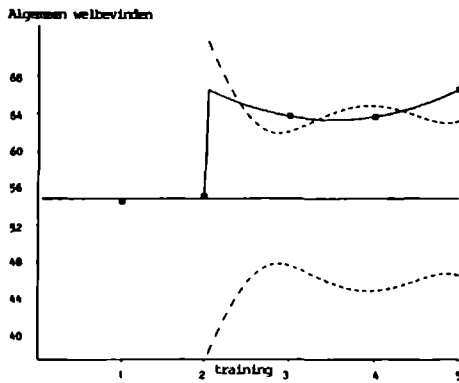
Figuur 24. Het curveverloop van de gemiddelde n-scores van het sociaal welbevinden op de meetmomenten na de training

8.1.2.2. Het algemeen welbevinden

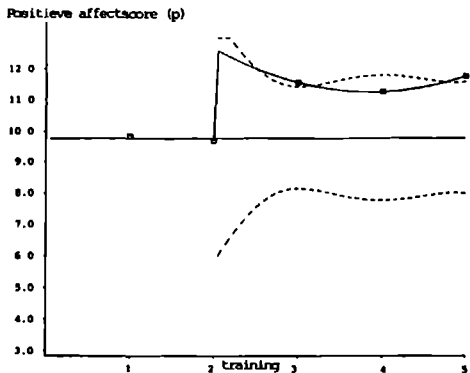
Effectanalyse

Uit figuur 25 blijkt dat er op alle post-interventiemeetmomenten sprake is van een toename van het algemeen welbevinden. Deze toename is op de meetmomenten 3 en 5 significant.

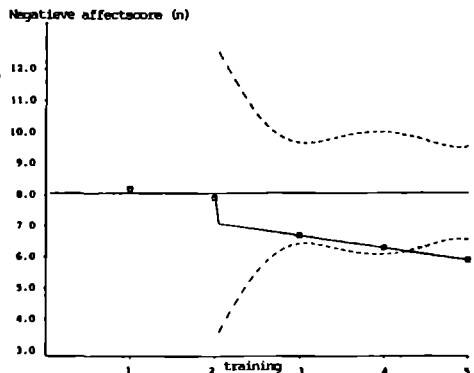
De figuren 26 en 27 geven ons inzicht in de bijdrage van de positieve en negatieve affectscores aan het algemeen welbevinden. In figuur 26 zien we ten opzichte van de pré-interventiecurve een toename van de positieve affectscores. Deze toename is op de meetmomenten 3 en 5 significant. Uit figuur 27 blijkt ten opzichte van de pré-interventiecurve een afname van de n-scores, die alleen op meetmoment 5 significant is.



Figuur 25. Het curveverloop van de gemiddelde scores van het algemeen welbevinden op de 5 achtereenvolgende meetmomenten



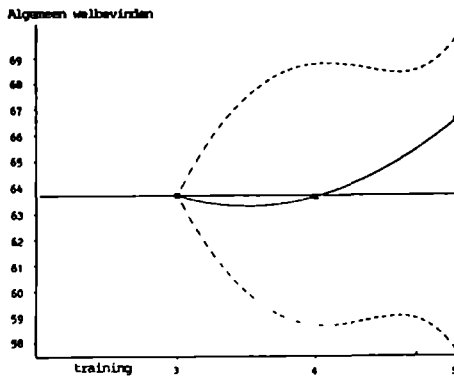
Figuur 26. Het curveverloop van de gemiddelde p-scores van het algemeen welbevinden op de 5 achtereenvolgende meetmomenten



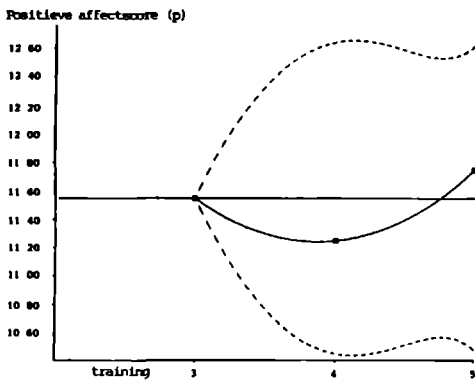
Figuur 27. Het curveverloop van de gemiddelde n-scores van het algemeen welbevinden op de 5 achtereenvolgende meetmomenten

Effectbehoudanalyse

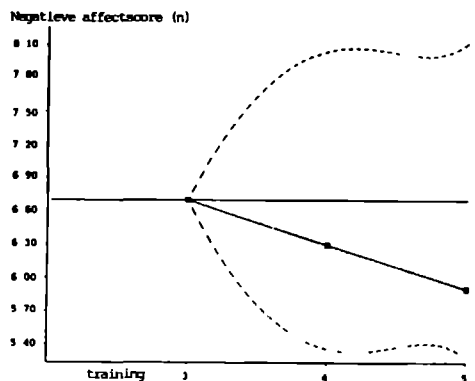
De figuren 28, 29 en 30 laten een verschillend verloop van de curven zien. Zo stellen wij in figuur 29 een daling van de positieve affectscore op meetmoment 4 vast. Desalniettemin blijft het effect in alle figuren behouden.



Figuur 28. Het curveverloop van de gemiddelde scores van het algemeen welbevinden op de meetmomenten na de training



Figuur 29. Het curveverloop van de gemiddelde p-scores van het algemeen welbevinden op de meetmomenten na de training



Figuur 30. Het curveverloop van de gemiddelde n-scores van het algemeen welbevinden op de meetmomenten na de training

8.1.3. Toetsing van hypothese 3

Wij stelden hier dat ook het sociaal welbevinden dat behoort bij de sociale vaardigheden die niet getraind werden, zal toenemen.

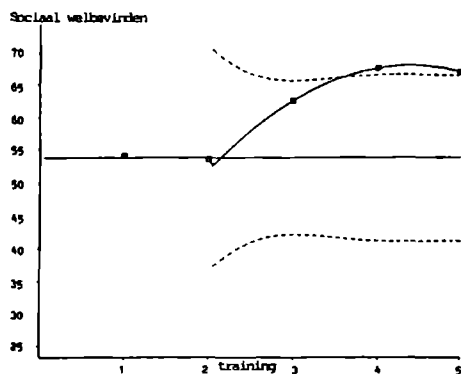
Effectanalyse

Uit figuur 31 blijkt dat het sociaal welbevinden bij de niet-getrainde vaardigheden op de meetmomenten 4 en 5 ten opzichte van de pré-interventiecurve significant toeneemt. Wanneer wij de figuren 31 en 32 met elkaar vergelijken, dan constateren wij dat het sociaal welbevinden van de getrainde vaardigheden

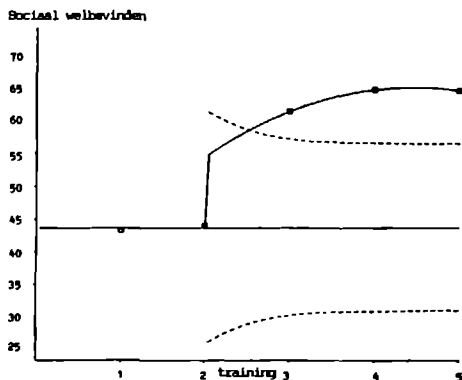
overtuigender toeneemt dan het sociaal welbevinden van de niet-getrainde vaardigheden. Een grotere stijging van het sociaal welbevinden bij de getrainde vaardigheden is mogelijk, omdat:

1. het sociaal welbevinden van de getrainde vaardigheden voor aanvang van de training lager is dan het sociaal welbevinden van de niet-getrainde vaardigheden.
2. gezien het niveau van het sociaal welbevinden van de niet-getrainde vaardigheden voor de training, een gelijke stijging als bij de getrainde vaardigheden niet mogelijk is. De stijging van het sociaal welbevinden is namelijk gebonden aan een bovengrens. Deze bovengrens is 83 en is de maximale waarde van p (par. 7.5.2.1.).

 $p + n$



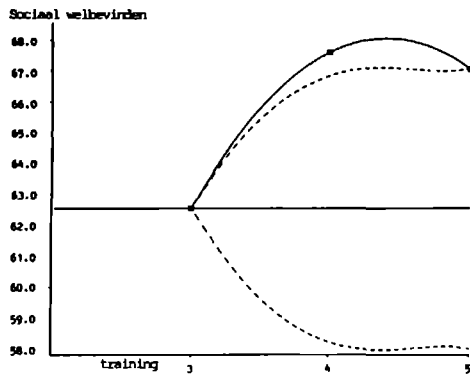
Figuur 31. Het curveverloop van de gemiddelde scores van het sociaal welbevinden bij de niet getrainde vaardigheden op de 5 achtereenvolgende meetmomenten



Figuur 32. Het curveverloop van de gemiddelde scores van het sociaal welbevinden bij de getrainde vaardigheden op de 5 achtereenvolgende meetmomenten

Effectbehoudanalyse

In figuur 33 zien we dat de toename van het sociaal welbevinden van de niet-getrainde vaardigheden behouden blijft. Ten opzichte van meetmoment 3 blijkt dat op de meetmomenten 4 en 5 het sociaal welbevinden van de niet-getrainde vaardigheden zelfs verder significant is toegenomen.



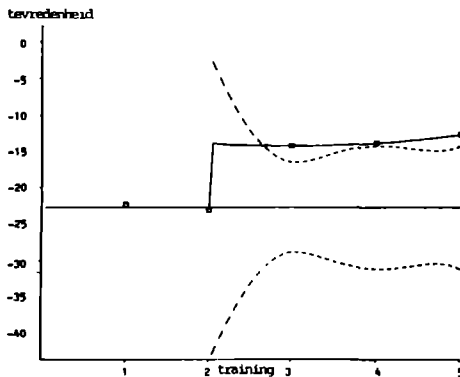
Figuur 33. Het curveverloop van de gemiddelde scores van het sociaal welbevinden bij de niet getrainde vaardigheden op de meetmomenten na de training

8.1.4. Toetsing van hypothese 4

De hypothese luidde dat het volgen van een sociale vaardigheidstraining tot een toename van de mate van tevredenheid leidt.

Effectanalyse

Uit figuur 34 blijkt dat er tijdens de gehele post-interventieperiode sprake is van een significante toename van de tevredenheid ten opzichte van de pre-interventieperiode.

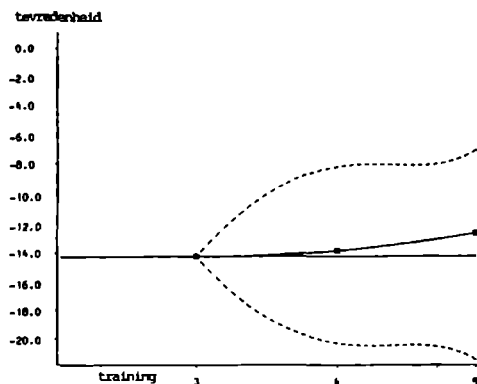


Figuur 34. Het curveverloop van de gemiddelde scores van de mate van tevredenheid op de 5 achtereenvolgende meetmomenten

Effectbehoudanalyse

Uit figuur 35 blijkt dat de toename van de tevredenheid op de

meetmomenten 4 en 5 ten opzichte van meetmoment 3 behouden blijft.



Figuur 35. Het curveverloop van de gemiddelde scores van de mate van tevredenheid op de meetmomenten na de training

8.1.5. Beantwoording en bespreking van de vraagstellingen

De eerste vraagstelling luidde of het volgen van een sociale vaardigheidstraining tot verbetering van het verbale en non-verbale gedrag leidt.

Uit het effectonderzoek blijkt dat het verbale gedrag na de training inderdaad is verbeterd. Wij constateerden na de training een toename van het aantal doelgedragingen die wij bij de sociale vaardigheden onderscheiden. Het aantal doelgedragingen dat wordt beheerst, is direct na de training het grootst. Een afname van dit aantal is reeds zichtbaar ongeveer 1 maand na afloop van de training. Na verloop van tijd (ongeveer 4 maanden na de training) is deze afname nog groter geworden. Echter, een volledige terugval wordt niet waargenomen. Dat zo'n gedeeltelijke terugval aanwezig is, is overeenkomstig onze verwachting. Afname van het aantal doelgedragingen betekent niet dat er tijdens de post-interventieperiode gesproken kan worden van sociale aanpassingsproblemen ten gevolge van het niet of gedeeltelijk beheersen van de algemene en specifieke vaardigheden. Wij veronderstellen namelijk dat de visueel gehandicapte ook na de training met de geleerde vaardigheden blijft oefenen. Geleidelijk ontwikkelt de visueel gehandicapte

een andere, doch ook effectieve manier, waarop de vaardigheden worden uitgevoerd. Dat deze vaardigheden niet meer op eenzelfde wijze worden uitgevoerd als ten tijde van de training gebeurde, is dan ook te begrijpen.

Dat de vaardigheden effectief uitgevoerd worden, stellen wij op grond van het effectonderzoek van het sociaal welbevinden. Zoals wij zullen zien, is er tijdens de post-interventieperiode sprake van een toegenomen sociaal welbevinden. Onze veronderstelling is dat dit een gevolg is van het effectief sociaal handelen.

Wij hebben de vraag of de sociale vaardigheidstraining tot verbetering van de non-verbale gedragingen leidt, niet beantwoord. Omdat het aantal proefpersonen, bij wie de non-verbale gedragingen zijn getraind, te klein bleek, is hierbij van effectonderzoek afgezien. Tijdens de voormetingen hebben wij relatief weinig inadequate gedragingen bij de proefpersonen waargenomen. Dit komt, omdat de groep visueel gehandicapten die een training heeft gevolgd, voor het grootste gedeelte uit slechtzienden en zeer slechtzienden bestaat. Bij deze visueel gehandicapten treffen wij vanuit de literatuur en praktijk minder inadequate non-verbale gedragingen aan dan bij de maatschappelijk blinden, blinden en totaal blinden. Van deze groep hebben slechts een drietal maatschappelijk blinden aan de sociale vaardigheidstraining deelgenomen.

Naast dit hoofdargument stelden wij vast dat

- de beoordelingsschalen soms te weinig gedifferentieerd bleken. De beoordeling van het non-verbaal gedrag geschiedde met behulp van een adequaat/niet adequaat oordeel. Een genuanceerder oordeel kon niet worden gegeven. Het non-verbaal gedrag werd hierdoor dan als adequaat beoordeeld, terwijl dit niet geheel terecht was.
- de beoordelingsomstandigheden niet optimaal waren. Door onvoldoende kwaliteit van de beeldopnamen bleek bepaald non-verbaal gedrag niet goed te zien te zijn. Hierdoor was er geen mogelijkheid voor accurate beoordelingen. Oplossingen hiervoor zijn naar onze mening te zoeken in verbetering van

de technische faciliteiten. Ook kan overwogen worden om de train(st)er bij de beoordeling van het non-verbaal gedrag te betrekken. De ervaring heeft geleerd dat rechtstreeks contact met de visueel gehandicapte betrouwbare oordelen oplevert over de kwaliteit van het non-verbaal gedrag.

De tweede vraagstelling betreft de vraag, of het volgen van een training tot verbetering van het sociaal en algemeen welbevinden leidt.

Uit het effectonderzoek blijkt dat het sociaal welbevinden na de training is verbeterd. Wij zagen direct na de training een duidelijke toename van dit sociaal welbevinden. Tijdens de post-interventieperiode blijkt het sociaal welbevinden nog verder toe te nemen.

Op grond hiervan menen wij te mogen stellen dat visueel gehandicapten zich na een training prettiger gaan voelen in de omgang met anderen en in het algemeen. Ditzelfde horen wij eveneens uit gesprekken met visueel gehandicapte adolescenten die een training hebben gevolgd.

Zo vertelt H., een 16-jarig slechtziend meisje, tijdens een evaluatiegesprek dat ze door de training nieuwe ervaringen heeft opgedaan. Voor het eerst in haar leven is er tijdens de training openlijk over haar slechtziendheid gesproken. Zelf praatte zij er nooit over, terwijl zij zichzelf temidden van goed-zienden als een eenling ervaarde. H. merkt verder op dat ze b.v. heeft geleerd op een duidelijker manier met haar slechtziendheid om te gaan. Ze gaat er nu veel minder vanuit dat anderen automatisch rekening met haar, houden, maar dat zij in het contact met goed-zienden duidelijk mag en zelfs moet aangeven wat niet lukt vanwege de visusbeperkingen. Het is haar gebleken dat naarmate zij beter voor zichzelf opkomt, de mensen ook hulpvaardiger zijn. Door de handicap niet te verbergen, wordt volgens H. alles veel plezieriger. Zij voelt zich b.v. in de schoolgangen ook veel vrijer dan vroeger. Er vallen haar zelfs dingen op die haar goed-ziende vriendinnen

niet eens bemerken.

De toename van het sociaal en algemeen welbevinden kunnen wij als volgt verklaren. Door effectievere toepassing van de sociale vaardigheden krijgt de blinde of slechtziende uit de omgeving veel meer positieve respons dan vroeger het geval was. Dit leidt tot positievere zelfevaluaties, hetgeen resulteert in een toename van het welbevinden.

Toename van het sociaal en algemeen welbevinden kunnen wij ook vanuit cognitieve processen verklaren. In de training herstructureren wij namelijk cognities bij visueel gehandicapten. Deze cognitieve herstructurering leidt eveneens tot een verhoogd welbevinden.

In dit verband vertelt H. dat zij voor de training ontevreden met zichzelf was en negatief over haar eigen mogelijkheden dacht. Zij was aldoor bezig met te zijn zoals haar goed-ziende vriendinnen. Hierbij probeerde zij zichzelf voor te houden dat er geen problemen bestonden. Met het in stand houden van deze gedachten deed H. zichzelf erg tekort. In allerlei situaties voelde zij zich gespannen. Onbekende situaties werden zodoende vermeden, omdat deze angst opriepen, namelijk angst om door anderen gezien te worden als "anders". H. geeft aan dat de training haar geleerd heeft om zichzelf te accepteren zoals ze is. Ze merkt op dat hierdoor de angst voor allerlei situaties minder wordt: "Je durft meer en alles wordt daarom ook veel plezieriger."

Wij hebben geconstateerd dat het sociaal welbevinden tijdens de post-interventieperiode nog verder toeneemt. Wij kunnen dit vanuit "transfer of training" verklaren. Hierbij onderscheiden wij effecten die het gevolg zijn van het oefenen met:

1. getrainde vaardigheden in nieuwe en moeilijker situaties.
2. niet-getrainde vaardigheden met behulp van de geleerde zelfsturingsmethodes.

1. Met de getrainde vaardigheden wordt in andere situaties geëxperimenteerd. Hierbij wordt het geleerde uit de trai-

ning in onbekende en moeilijker situaties toegepast. Ook binnen deze situaties weet de visueel gehandicapte doelen te bereiken die voorheen niet haalbaar waren. Op grond hiervan neemt het sociaal welbevinden verder toe.

2. Naar onze mening draagt het oefenen met de niet-getrainde vaardigheden eveneens bij tot de verdere verbetering van het sociaal welbevinden. Wij veronderstellen dat de niet-getrainde vaardigheden een aantal vaardigheden omvatten, die door de visueel gehandicapte op een redelijk effectieve wijze worden uitgevoerd. Daarnaast vallen onder de niet-getrainde vaardigheden een aantal, waarvan wij aannemen dat deze niet goed worden uitgevoerd.

Binnen de training reiken wij een aantal zelfsturingsmethodes aan voor het effectiever uitvoeren van de sociale vaardigheden die niet goed worden beheerst. Door het aanleren van deze zelfsturingsmethodes die b.v. het successievelijk toepassen van een aantal probleemoplossingsregels omvatten, trachten wij te bereiken dat de visueel gehandicapte na beëindiging van de training de niet-getrainde vaardigheden beter leert uitvoeren. Dit leidt eveneens tot een toename van het sociaal welbevinden.

Uit het effectonderzoek kwam eveneens naar voren dat het algemeen welbevinden is verbeterd. Het algemeen welbevinden wordt, naast ervaringen in de sociale omgang, ook bepaald door andere dagelijkse levenservaringen zoals de mate van schoolsucces, het plezier in het hebben van hobby's enz. Binnen deze ervaringen is er als zodanig geen sprake van directe sociale interactie. Zo is te begrijpen dat het effect van de training bij het algemeen welbevinden minder duidelijk aanwezig is dan het effect dat wij bij het sociaal welbevinden hebben geconstateerd. Op grond hiervan stellen wij dat de verbetering van het algemeen welbevinden na een sociale vaardigheidstraining altijd minder groot is dan de verbetering die zich bij het sociaal welbevinden manifesteert.

Wij hebben na de training een toename van het sociaal en algemeen welbevinden waargenomen. Het sociaal welbevinden (Sw) berekenen wij met de formule

$$\frac{p}{p + n}$$

Bij de berekening van het algemeen welbevinden (Aw) gebruiken wij dezelfde formule. De p-score heeft binnen deze formule betrekking op de positieve affecten; de negatieve affecten drukken wij uit in een n-score. Bij het effectonderzoek hebben wij waargenomen dat er bij een toename van het sociaal en algemeen welbevinden sprake is van een toename van de p-score en een afname van de n-score. Toename van de positieve en afname van de negatieve scores is het gevolg van het feit dat er bij de visueel gehandicapte na de training sprake is van een positievere zelfwaardering en daardoor een positievere zelspraak.

Over het gebruik van de indexscores Sw en Aw merken wij het volgende op. Wij hebben bij het algemeen welbevinden kunnen constateren dat bij een gelijkblijvende indexscore Aw er sprake kan zijn van dalende p- en n-waarden. Bij een gelijkblijvende indexscore Aw kan eveneens gesproken worden van stijgende p- en n-waarden. Hieruit blijkt het belang van aparte analyses van de p- en n-scores.

Bij de derde vraagstelling stellen wij de vraag of het sociaal welbevinden van de niet-getrainde vaardigheden ook verbetert.

Binnen het effectonderzoek constateerden wij

- een toename van het sociaal welbevinden van de niet-getrainde vaardigheden,
- dat het sociaal welbevinden van de getrainde vaardigheden meer toeneemt dan het sociaal welbevinden van de niet-getrainde vaardigheden. Hierdoor is het sociaal welbevinden van de getrainde en het sociaal welbevinden van de niet-getrainde vaardigheden tijdens de post-interventieperiode

min of meer gelijk.

Een toename van het sociaal welbevinden van de niet-getrainde vaardigheden kunnen wij verklaren vanuit

1. generalisatie: veralgemenisering van de beleving van getrainde sociale vaardigheden naar nieuwe sociale vaardigheden.
2. transfer of training: hetgeen bij getrainde sociale vaardigheden is geleerd, wordt ook bij nieuwe sociale vaardigheden toegepast.

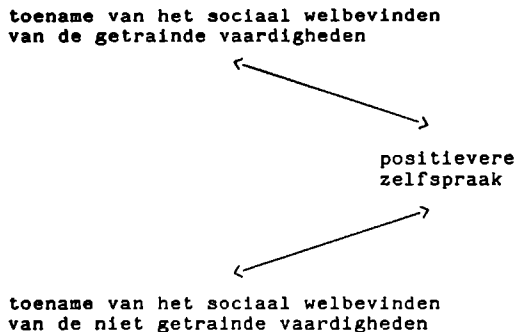
Generalisatie

Wij noemden dat de behandeling zich richt op een aantal vooraf gekozen vaardigheden. Hiermee wordt tijdens de training geëfend. Deze vaardigheden worden na verloop van tijd met succes uitgevoerd. Ten gevolge van een positievere zelfspraak, die het gevolg is van een positievere zelfevaluatie, neemt het sociaal welbevinden van de getrainde vaardigheden toe. Uit hetgeen visueel gehandicapten tijdens de training vertellen, blijkt eveneens een positievere zelfspraak over vaardigheden die niet zijn getraind. Visueel gehandicapten geven vaak aan dat hun geloof in eigen kunnen en hun zelfvertrouwen in het algemeen door de training zijn toegenomen. Dit komt eveneens tot uiting in een toename van het sociaal welbevinden dat betrekking heeft op de niet-getrainde vaardigheden.

Het proces, waarbij het sociaal welbevinden van de niet-getrainde vaardigheden via een positievere zelfspraak toeneemt, hebben wij weergegeven in figuur 36.

Ter illustratie van dit proces lezen wij in een trainingsverslag het volgende:

"Het grootste probleem van P., een 13-jarige slechtziende jongen, was de faalangstigheid en de negatieve zelfspraak. Tijdens de training heeft naast het oefenen met vaardigheden vooral het positief benoemen van hetgeen goed gaat, steeds centraal gestaan. Langzaam ging hierdoor de zelfspraak in de trant van "ik ben de moeite waard" een grotere rol spelen in het leven van P. Het gevolg hiervan was dat hij zelf alert werd op de verbale en non-verbale leeraspecten. Door het oefen-



Figuur 36. Het generalisatieproces

nen thuis nam zijn zelfvertrouwen toe. Het bleek dat P. zichzelf meer ging accepteren zoals hij was. Uitspraken zoals "ik schaam me zoals ik eruit zie" werden veel minder door P. geuit. Op school voelde hij zichzelf daarom ook prettiger, meer ontspannen, minder mopperig en ook sterker ten aanzien van vaardigheden die binnen de training niet zijn geoefend."

Transfer of training

Daarnaast zijn er effecten ten gevolge van "transfer of training". Zoals genoemd, veronderstellen wij namelijk dat een aantal niet-getrainde vaardigheden niet goed worden uitgevoerd. Deze vaardigheden heeft de visueel gehandicapte echter niet ten behoeve van de training gekozen. Na de training kan de blinde of slechtziende echter wel met deze vaardigheden oefenen, waarbij gebruik gemaakt wordt van de zelfsturingsmethodes, die tijdens de training zijn geleerd. Dit oefenen leidt na verloop van tijd tot succes, waardoor het sociaal welbevinden van de niet-getrainde vaardigheden verbetert.

Wij hebben geconstateerd dat het sociaal welbevinden van de getrainde vaardigheden meer toeneemt dan het sociaal welbevinden van de niet-getrainde vaardigheden. Een grotere stijging

is mogelijk, omdat voor aanvang van de training het sociaal welbevinden van de getrainde vaardigheden lager is dan dat van de niet-getrainde vaardigheden. Dit is het rechtstreekse gevolg van het feit dat de visueel gehandicapte ten behoeve van de training kiest voor die vaardigheden die als het meest problematisch worden ervaren. Bij deze vaardigheden is daarom altijd sprake van een lager sociaal welbevinden dan bij de niet-getrainde vaardigheden.

Uit het voorgaande blijkt dat tijdens de training geoefend wordt met vaardigheden die de visueel gehandicapte het moeilijkst vindt. Dit zou in ogenschijnlijke tegenstelling kunnen zijn met het principe van de geleidelijke toenadering dat wij tijdens de training hanteren. Dit principe geeft aan, dat in opklimmende moeilijkheidsgraad geoefend dient te worden. Echter, binnen de als meest problematisch ervaren sociale vaardigheden onderscheiden wij binnen de training naast moeilijke ook makkelijke situaties. Volgens het principe van de geleidelijke toenadering betekent dit dat per vaardigheid met verschillende sociale situaties in opklimmende moeilijkheidsgraad kan worden geoefend.

Bij de vierde vraagstelling pogen wij antwoord te geven op de vraag of het volgen van een sociale vaardigheidstraining tot een grotere mate van tevredenheid leidt.

Tijdens het effectonderzoek vonden wij na de training een toename van de mate van tevredenheid. Gedurende de post-interventieperiode blijft de mate van tevredenheid min of meer gelijk. Wij hebben aangegeven dat de mate van tevredenheid wordt bepaald door het verschil tussen de kwaliteit van het algemeen en de kwaliteit van het ideaal welbevinden. Het algemeen welbevinden verwijst naar de belevingswijze van de visueel gehandicapte binnen alle dagelijkse leefsituaties. Het ideaal welbevinden heeft daarentegen betrekking op de wijze waarop de visueel gehandicapte zich binnen die dagelijkse leefsituaties zou willen voelen. Het verschil tussen het algemeen en ideaal welbevinden ($A_w - I_w$) is voor ons een indicatie voor de mate, waarin de visueel gehandicapte met

zichzelf tevreden is. Naarmate dit verschil kleiner is, is de tevredenheid groter.

Wij hebben gezien dat het ideaal welbevinden op alle meetmomenten min of meer gelijk blijft. De toename van de tevredenheid is daarom met name toe te schrijven aan de toename van het algemeen welbevinden. Dit is dan ook de reden, waarom het curveverloop van het algemeen welbevinden en het curveverloop van de tevredenheid op elkaar lijken.

Op grond van het bovenstaande kunnen wij concluderen dat de analyses (effectanalyse en effectbehoudanalyse) betreffende de tevredenheid weinig extra informatie opleveren.

8.2. Het onderzoek naar samenhangen

8.2.1. Het onderzoek naar samenhangen ten behoeve van de diagnostiek

Om samenhangen per meetmoment op te sporen, hebben wij de Spearman-rangcorrelatiecoëfficiënten berekend. Wij noemen alleen die coëfficiënten, wanneer

- in de desbetreffende tabel meer dan drie correlaties significant zijn. Omdat wij op 5%-niveau toetsen, mogen wij namelijk in elke tabel op toeval reeds een aantal significante correlaties verwachten.
- de significante correlaties systematisch, d.w.z. niet gespreid zijn.
- per gedragskenmerk de significante correlaties alle positief of negatief zijn.

8.2.1.1. Toetsing van hypothese 5

Bij deze hypothese stelden wij dat naarmate het aantal beheerste doelgedragingen van de sociale vaardigheden per meetmoment groter is, er eveneens sprake is van een

- grotere latentietijd, reactieduur, reactielengte en spreek-snelheid,

- minder aantal pauzes, interrupties, interjecties, herhalingen, onverstaanbare uitingen, versprekingen, onvolledige woord- en zinsuitingen en correcties.

Tabel 11. De Spearman-rangcorrelatiecoëfficiënten van de verbale doelgedragingen met de (para)linguistische gedragkenmerken

	moment 1	moment 2	moment 3	moment 4	moment 5
latentietijd	0,02	0,05	-0,02	-0,17	-0,46
reactieduur	0,40*	-0,02	0,46*	0,35	0,49*
reactielengte	0,41*	0,04	0,14	0,53*	0,44*
spreeksnelheid	0,04	-0,04	-0,04	0,29	0,07
pauzes	-0,26	-0,15	-0,57*	-0,48*	-0,46*
interrupties	-0,30	0,48	-0,03	-0,12	-0,22
interjecties	0,07	0,26	-0,19	-0,22	-0,04
herhalingen	0,37	0,48*	-0,25	0,21	-0,15
onv. uitingen	0,00	0,28	0,36	0,16	0,29
versprekingen	-0,02	-0,08	0,24	0,09	-0,20
onv. woord- en zinsuitingen	-0,15	-0,02	-0,47*	-0,39	-0,30
correcties	0,07	0,11	-0,04	-0,12	-0,62*

* = significant op 5%-niveau

In tabel 11 constateren wij een significante positieve correlatie bij de variabele

- reactieduur op de meetmomenten 1, 3 en 5,
- reactielengte op de meetmomenten 1, 4 en 5.

Verder zien wij een significante negatieve correlatie bij de variabele pauzes op de meetmomenten 3, 4 en 5.

8.2.1.2. Toetsing van de hypothesen 6a, 6b en 6c

De hypothesen luiden dat naarmate de kwaliteit van het sociaal welbevinden (hypothese 6a), de kwaliteit van het algemeen welbevinden (hypothese 6b) en de mate van tevredenheid (hypothese 6c) groter is, er per meetmoment sprake is van eenzelfde samenhang met de linguistische en paralinguistische

gedragskenmerken als genoemd in hypothese 5.

Voor het sociaal en algemeen welbevinden en de tevredenheid hebben wij de Spearman-rangcorrelaties met de linguistische en paralinguistische gedragskenmerken berekend. Deze correlaties worden weergegeven in de tabellen 12 t/m 14.

Bij bestudering van deze tabellen stellen wij een negatieve significante correlatie vast bij de variabele herhalingen op de meetmomenten 1 en 2 (mate van tevredenheid).

Tabel 12. De Spearman-rangcorrelatiecoëfficiënten van het sociaal welbevinden met de (para)linguistische gedragskenmerken

	moment 1	moment 2	moment 3	moment 4	moment 5
latentietijd	0,00	0,08	-0,20	-0,45*	0,02
reactieduur	0,03	-0,23	0,25	0,07	-0,11
reactielengte	-0,04	-0,19	0,42*	-0,05	-0,02
spreeksnelheid	-0,20	0,08	0,17	-0,02	0,21
pauzes	-0,10	0,13	0,14	0,26	-0,03
interrupties	-0,13	-0,08	-0,17	-0,24	-0,07
interjecties	-0,09	0,08	0,31	0,00	-0,10
herhalingen	-0,40	-0,35	-0,05	0,05	0,36
onv. uitingen	0,04	-0,32	-0,16	0,39*	0,08
versprekingen	-0,35	0,24	0,28	-0,17	-0,18
onv. woord- en zinsuitingen	0,10	0,20	0,14	0,01	-0,07
correcties	-0,27	-0,21	0,23	-0,07	-0,16

* = significant op 5%-niveau

Tabel 13. De Spearman-rangcorrelatiecoëfficiënten van het algemeen welbevinden met de (para)linguistische gedragskenmerken

	moment 1	moment 2	moment 3	moment 4	moment 5
latentietijd	0,01	0,18	-0,11	-0,37	0,08
reactieduur	-0,15	-0,26	-0,14	0,00	-0,09
reactielengte	-0,25	-0,26	0,07	0,01	-0,04
spreek snelheid	0,08	0,07	0,32	-0,04	0,15
pauzes	-0,23	-0,15	0,51*	0,35	0,09
interrupties	-0,11	-0,16	0,15	-0,19	0,12
interjecties	-0,20	-0,14	0,10	0,13	-0,05
herhalingen	-0,32	-0,53*	0,31	0,19	0,09
onv. uitingen	-0,20	-0,12	0,30	0,37	-0,01
versprekingen	-0,03	0,26	0,28	-0,06	-0,32
onv. woord- en zinsuitingen	-0,18	0,01	0,16	-0,01	-0,31
correcties	-0,10	-0,09	0,26	0,15	-0,30

* = significant op 5%-niveau

Tabel 14. De Spearman-rangcorrelatiecoëfficiënten van de mate van tevredenheid met de (para)linguistische gedragskenmerken

	moment 1	moment 2	moment 3	moment 4	moment 5
latentietijd	-0,10	0,01	-0,18	-0,39*	0,01
reactieduur	-0,41*	-0,25	-0,31	0,01	-0,09
reactielengte	-0,44*	-0,23	-0,06	0,09	0,02
spreek snelheid	0,22	0,21	0,53*	0,07	0,32
pauzes	-0,21	-0,07	0,27	0,04	-0,03
interrupties	-0,07	0,16	0,20	-0,17	0,26
interjecties	0,10	-0,16	0,16	0,13	-0,04
herhalingen	-0,41*	-0,62*	0,31	0,17	0,01
onv. uitingen	-0,03	-0,11	0,23	0,08	0,02
versprekingen	-0,38	0,30	0,26	-0,17	-0,32
onv. woord- en zinsuitingen	-0,33	0,02	-0,04	-0,15	-0,31
correcties	-0,52*	0,02	0,11	0,01	-0,34

* = significant op 5%-niveau

8.2.2. Het onderzoek naar samenhangen ten behoeve van de sociale vaardigheidstraining

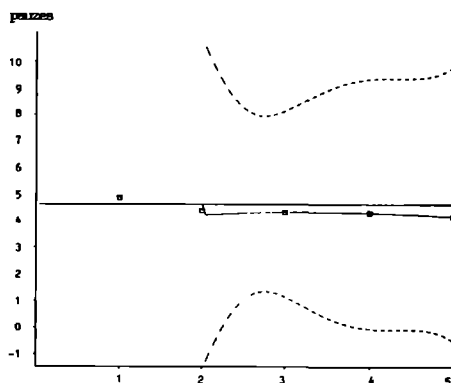
8.2.2.1. Hypothese 7

De hypothese luidde dat een toename (afname) van het aantal doelgedragingen van de sociale vaardigheden samengaat met een afname (toename) van het aantal pauzes, interrupties, interjecties, herhalingen, onverstaanbare uitingen, versprekingen, onvolledige woord- en zinsuitingen en correcties.

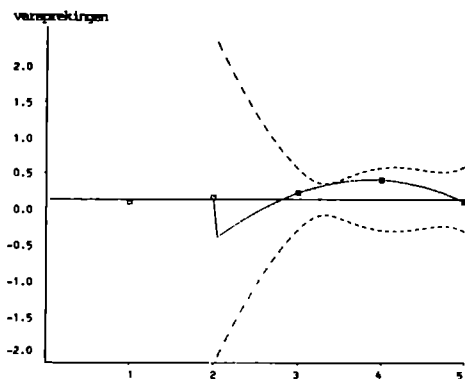
Om de samenhang tussen de doelgedragingen en de (para)linguistische gedragskenmerken te bestuderen, hebben wij voor de gedragskenmerken een TIDA-analyse uitgevoerd. Op grond van het curveverloop van de doelgedragingen verwachten wij bij de (para)linguistische gedragskenmerken een curveverloop dat voldoet aan twee criteria, nl.

- op meetmoment 3 is er ten opzichte van de voormetingen sprake van een daling,
- vanaf meetmoment 3 is er sprake van een geleidelijke stijging (monotoon stijgend).

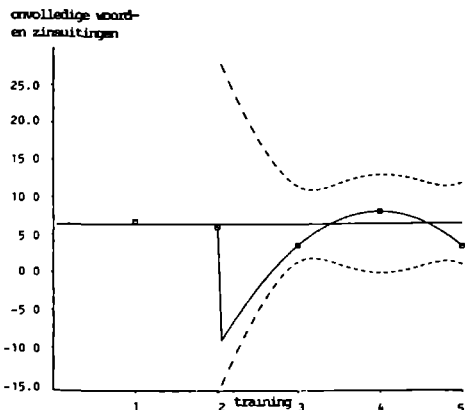
Uitgaande van deze criteria concludeerden wij dat niet wordt voldaan aan het gestelde in hypothese 7. Dit betekent dat er geen samenhang in de tijd bestaat tussen de doelgedragingen en genoemde (para)linguistische gedragskenmerken. Als voorbeeld presenteren wij de figuren 37 t/m 39.



Figuur 37. Het curveverloop van het gemiddeld aantal pauzes op de 5 achtereenvolgende meetmomenten



Figuur 38. Het curveverloop van het gemiddeld aantal versprekingen op de 5 achtereenvolgende meetmomenten



Figuur 39. Het curveverloop van het gemiddeld aantal onvolledige woord- en zinsuitingen op de 5 achtereenvolgende meetmomenten

8.2.2.2. Hypothese 8

De hypothese luidde dat een toename (afname) van het sociaal welbevinden samengaat met een afname (toename) van de (para)linguistische gedragskenmerken als genoemd in hypothese 7.

Op grond van het curveverloop van het sociaal welbevinden verwachten wij bij de (para)linguistische gedragskenmerken een curveverloop dat voldoet aan twee criteria, nl.

- op meetmoment 3 is er ten opzichte van de voormetingen sprake van een daling,
- vanaf meetmoment 3 is er sprake van een verdergaande daling (monotoon dalend).

Uitgaande van deze criteria concludeerden wij dat aan het gestelde in hypothese 8 niet wordt voldaan. Er is dus geen samenhang in de tijd tussen het sociaal welbevinden en genoemde (para)linguistische gedragskenmerken. In dit verband verwijzen wij eveneens naar de figuren 37 t/m 39.

8.2.3. Beantwoording en bespreking van de vraagstellingen

Bij de vijfde vraagstelling trachten wij antwoord te geven op

de vraag of er een samenhang bestaat tussen het aantal doelgedragingen, die bij uitvoering van de sociale vaardigheden worden toegepast, en de (para)linguistische gedragskenmerken. Binnen het onderzoek constateerden wij op drie meetmomenten:

- positieve correlaties bij de variabelen reactieduur (tijd) en reactielengte (woorden)
- een negatieve correlatie bij de variabele pauzes

Dit betekent dat wij deze (para)linguistische gedragskenmerken in voorzichtige mate als indicatoren mogen beschouwen voor de sociale aanpassingsproblemen die het gevolg zijn van het niet of niet goed toepassen van de doelgedragingen die wij bij de sociale vaardigheden onderscheiden.

Dit komt overeen met de onderzoeksresultaten van Eisler (1973), Van Son (1978) en Van Hasselt (1981). Eisler vond dat personen die als assertief waren beoordeeld, uitgebreid spraken (lange reactieduur). Van Son vond bij sociaal onaangepast gedrag een korte reactieduur en een korte reactielengte. Van Hasselt vond echter dat naarmate de sociale aanpassing beter is, er een kortere reactieduur bestaat.

Bij de zesde vraagstelling gaan wij na of er een samenhang aanwezig is tussen het sociaal welbevinden, het algemeen welbevinden en de tevredenheid enerzijds en de (para)linguistische gedragskenmerken anderzijds.

Het onderzoek hiernaar leverde slechts incidentele samenhangen op. Deze samenhangen bleken bovendien niet systematisch van aard. Dit betekent dat wij de (para)linguistische gedragskenmerken die binnen ons onderzoek worden onderscheiden, niet als indicatoren mogen beschouwen voor sociale aanpassingsproblemen die het gevolg zijn van een laag sociaal en algemeen welbevinden en een lage mate van tevredenheid.

De zevende vraagstelling betreft de vraag of een verbetering van de sociale vaardigheden samengaat met een afname van bepaalde (para)linguistische gedragskenmerken.

De achtste vraagstelling heeft ook op deze vraag betrekking,

met dien verstande dat wij ons afvragen of een verbetering van het sociaal welbevinden samengaat met een afname van genoemde gedragskenmerken. Binnen ons onderzoek stelden wij geen samenhang vast tussen de verbetering van genoemde interventiegedragingen en de (para)linguistische gedragskenmerken.

8.3. De exploratieve analyses

8.3.1. De resultaten van de exploratieve analyses

Bij de exploratieve analyses zijn wij nagegaan of een aantal variabelen invloed heeft op de belangrijkste interventiegedragingen (sociale vaardigheden, sociaal welbevinden). De variabelen, waarvan wij de invloed hebben bestudeerd, zijn opgenomen in tabel 15.

Binnen de analyses bestuderen wij alleen de effectvariabelen die betrekking hebben op de sociale vaardigheden en het sociaal welbevinden. Omdat deze variabelen de sociale aanpassing het meest bepalen, laten wij de variabelen betreffende het algemeen welbevinden en de mate van tevredenheid buiten beschouwing. Gebruikmakend van het TIDA-programma hebben wij per variabele de verschillen in effect tussen de groepen getoetst (zie eveneens tabel 15).

Tabel 15. De onderzoeksvariabelen en de daarbij onderscheiden groepen

Variabelen:

visus: slechtziend (n = 9)
zeer slechtz. en maatsch. blind (n = 11)

geslacht: man (n = 13)
vrouw (n = 7)

leeftijd: 12 - 17 jaar (n = 8)
18 - 23 jaar (n = 12)

verbaal IQ: 50 - 99 (n = 8)
100 - 140 (n = 12)

woonsituatie: intern (n = 13)
extern (n = 7)

Sociale vaardigheden:

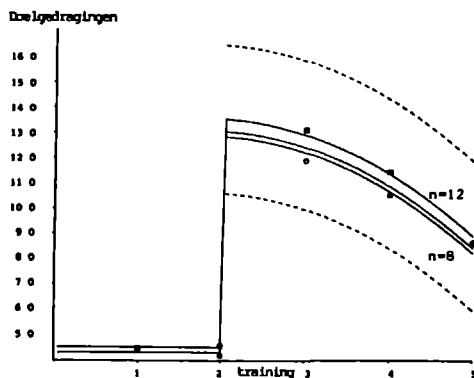
Na uitvoering van de TIDA-analyse blijkt dat er bij geen van de variabelen een significant verschil in effect op de verschillende meetmomenten tussen de groepen aanwezig is.

Uit de figuren, waarvan figuur 40 als voorbeeld wordt gegeven, blijkt dat de gecorrigeerde verschilcurve steeds binnen het schattingsinterval loopt. Zoals aangegeven geeft dit interval het gebied aan, waarbinnen het verschil tussen de curven van de twee groepen bij niet-significantie ligt.

Na bestudering van de figuren concluderen wij dat er bij alle curven gesproken mag worden van een

- duidelijke toename van het aantal doelgedragingen op de eerste nameting,
- gedeeltelijke terugval van het aantal doelgedragingen op de overige nametingen.

Eenzelfde verloop hebben wij eveneens geconstateerd bij de curve die betrekking heeft op de doelgedragingen van de gehele groep.



Figuur 40. Het curveverloop van het verschil in effect tussen de groep met een IQ 50-99 (n=8) en de groep met een IQ 100-140 (n=12)

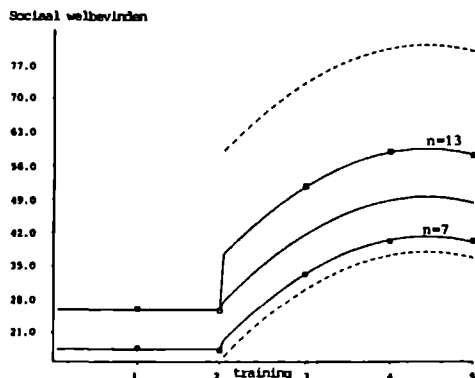
Sociaal welbevinden:

Evenals bij de sociale vaardigheden vinden wij bij het sociaal welbevinden per variabele geen verschillen tussen de groepen (zie figuur 41). Ook hier hebben alle curven eenzelfde verloop

als de curve die betrekking heeft op het sociaal welbevinden van de gehele groep.

Bij elke curve zien wij namelijk

- een duidelijke toename van het sociaal welbevinden op de eerste nameting,
- een verdergaande toename van het sociaal welbevinden op de tweede nameting,
- het gelijkblijven van het sociaal welbevinden op de derde nameting.



Figuur 41. Het curveverloop van het verschil in effect tussen de groep mannen (n=13) en de groep vrouwen (n=7)

8.3.2. Bespreking van de resultaten

Wij vinden tussen de groepen die wij bij de variabelen visus-handicap, geslacht, leeftijd, verbaal IQ en woonsituatie hebben onderscheiden, geen verschillen in effecten die betrekking hebben op de sociale vaardigheden en het sociaal welbevinden. Dit zou de conclusie toelaten dat de eerstgenoemde variabelen geen invloed hebben op de effecten van de sociale vaardigheidstrainingen.

Vanuit de onderzoeken die wij in hoofdstuk 2 (2.2.) hebben genoemd, lijkt dit ogenschijnlijk tegenstrijdig, omdat hierbinnen de invloed van genoemde variabelen op het gedrag van blinden en slechtzienden regelmatig is aangetoond. Echter, deze onderzoeken bestuderen de sociale aanpassing vanuit individuele kenmerken. Binnen onze studie gaan wij niet uit van

deze individuele kenmerken, maar van effecten van een interventie. Op grond van de resultaten van de exploratieve analyses menen wij te mogen concluderen dat visueel gehandicapten met minder goede cognitieve capaciteiten net zoveel van de sociale vaardigheidstraining profiteren als degenen met betere cognitieve mogelijkheden. Ditzelfde kunnen wij stellen voor de groepen die zijn onderscheiden bij de variabelen visushandicap, geslacht, leeftijd en woonsituatie.

9. CONCLUSIES, DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN

9.1. De opbrengst van het onderzoek

Binnen deze studie realiseerden wij achtereenvolgens een

1. onderzoek naar de effecten van de sociale vaardigheidstraining,
2. onderzoek naar samenhangen tussen enerzijds de sociale vaardigheden, het sociaal en algemeen welbevinden, de tevredenheid en anderzijds de (para)linguistische gedragskenmerken,
3. aantal exploratieve analyses naar de invloed van bepaalde variabelen op de trainingseffecten.

In het effectonderzoek hebben wij kunnen aantonen dat de individuele sociale vaardigheidstraining tot verbetering van het uitwendig en inwendig gedrag leidt. Zo blijkt dat de sociale vaardigheden na de training adequater worden uitgevoerd. Deze verbetering blijft na verloop van tijd echter niet aanwezig. Een volledige terugval naar het niveau van voor de training hebben wij niet vastgesteld.

De vraag of de sociale vaardigheidstraining tot verbetering van de non-verbale gedragingen leidt, hebben wij niet beantwoord. Omdat het aantal proefpersonen, bij wie de non-verbale gedragingen zijn getraind, te klein bleek, is hierbij van effectonderzoek afgezien. Onze onderzoeksgroep bestond voor het grootste gedeelte uit slechtzienden en zeer slechtzienden. Bij hen treffen wij in de regel minder inadequate non-verbale gedragingen aan dan bij de maatschappelijk blinden, blinden en totaal blinden. Effectonderzoek bij de non-verbale gedragingen zou mogelijk zijn geweest, indien ook blinden en totaal blinden een training hadden gevolgd.

Uit het effectonderzoek blijkt dat het sociaal en algemeen welbevinden en de tevredenheid na de training zijn toegenomen.

Deze toename blijft gehandhaafd. Wij zagen dat het sociaal welbevinden na verloop van tijd zelfs nog verder toeneemt. Kortom, op grond van het onderzoek stellen wij vast dat de effecten bij het inwendig gedrag het duidelijkst zijn. Bij het uitwendig gedrag kunnen wij namelijk in mindere mate trainingseffecten aantonen.

Binnen de sociale vaardigheidstraining gaan wij uit van de leer- en gedragstheorieën. Uitgaande van de leertheorie over het modelleren trainen wij het uitwendige gedrag (sociale vaardigheden en non-verbale gedragingen). De gedragstheorieën (labelings-, feedback- en probleemoplossingstheorieën) leveren vooral hun bijdrage aan de verbetering van het inwendig gedrag. Uit de onderzoeksresultaten blijkt nu dat met behulp van de gedragstheorieën een duidelijker verklaring kan worden gegeven voor de vastgestelde trainingseffecten dan met behulp van de leertheorieën.

In dit verband is een opmerking over de toepassing van de sociale vaardigheden nog op zijn plaats. Een terugval na de training hoeft niet altijd te betekenen dat de vaardigheden slechter worden uitgevoerd. Wij noemden reeds de mogelijkheid dat visueel gehandicapten volgens andere probleemoplossingsstrategieën de sociale vaardigheden op adequate wijze kunnen uitvoeren (par. 8.1.5.).

Het onderzoek naar samenhangen levert het volgende op. Uit het onderzoek naar samenhangen ten behoeve van de diagnostiek blijkt dat de paralinguistische gedragskenmerken reactieduur (tijd), reactielengte (woorden) en pauzes in voorzichtige mate als indicatoren mogen worden beschouwd voor sociale aanpassingsproblemen die het gevolg zijn van inadequate sociale vaardigheden. Wij vonden geen (para)linguistische gedragskenmerken die indicatoren zijn voor sociale aanpassingsproblemen die het resultaat zijn van een laag sociaal en algemeen welbevinden en een lage mate van tevredenheid. Binnen het onderzoek ten behoeve van de sociale vaardigheidstraining stelden wij vast dat een verbetering van de sociale vaardigheden en genoemde belevingsaspecten niet samengaat met een systematische

toe- of afname van de (para)linguistische gedragskenmerken. Naar aanleiding van deze onderzoeksresultaten concluderen wij dat er in het algemeen geen samenhang bestaat tussen enerzijds de sociale vaardigheden, het sociaal en algemeen welbevinden, de tevredenheid en anderzijds de (para)linguistische gedragskenmerken. Dit betekent dat wij binnen ons onderzoek geen relatie hebben kunnen aantonen tussen deze kenmerken en de sociale aanpassing of de sociale aanpassingsproblemen bij visueel gehandicapten.

Bij de exploratieve analyses hebben wij nagegaan of de variabelen visushandicap, geslacht, leeftijd, intelligentie en woonsituatie invloed hebben op de trainingseffecten. Tussen de groepen die bij eerstgenoemde variabelen werden onderscheiden, vonden wij geen verschillen in trainingseffecten. De resultaten van de exploratieve analyses tonen daarom aan dat de visueel gehandicapten allemaal evenveel profijt van de training hebben. Naar onze mening is dit met name het gevolg van het feit dat wij binnen elke individuele sociale vaardigheidstraining zoveel mogelijk rekening houden met de persoonlijke mogelijkheden en omstandigheden van de visueel gehandicapte adolescenten. Bij groepsgewijs werken zijn er minder mogelijkheden voor het individualiseren. In dat geval zullen er meer individuele verschillen in trainingseffecten naar voren kunnen komen.

9.2. De fasen binnen het project

Dit onderzoeksproject dat o.a. de ontwikkeling van sociale vaardigheidstrainingen bij visueel gehandicapten betreft, blijkt dezelfde fasen van agogische actie te kennen als die door Lewin (zie Van Beugen, 1976) worden genoemd.

Deze fasen zijn de volgende:

1. "unfreezing". Deze fase betreft de beïnvloeding om weerstanden tegen de verandering weg te nemen. De noodzaak van de introductie van een systematische werkwijze om sociale

aanpassingsproblemen bij visueel gehandicapten te behandelen onderkenden wij van begin af aan. Onze behoefte om een verandering binnen het bestaande hulpverleningsaanbod te realiseren werd echter niet meteen door andere medewerkers binnen het centrum gedeeld. Teneinde deze behoefte bij hen te ontwikkelen, gaven wij in deze fase uitleg van onze bedoelingen. Ook voerden wij de allereerste sociale vaardigheidstrainingen uit. Het succes van deze trainingen bleek al spoedig een belangrijke factor om bepaalde weerstanden bij de omgeving weg te nemen.

2. "moving". Deze fase heeft betrekking op veranderingen in de richting van de gewenste situatie. Binnen ons project is dit de periode, waarbinnen de trainingen werden gegeven. Geleidelijk aan werkte de omgeving gemotiveerd mee aan de signalering en doorverwijzing van visueel gehandicapten met sociale aanpassingsproblemen.
3. "freezing". Deze fase houdt de consolidatie van de veranderingen in, hetgeen voor ons betekent dat men binnen het centrum de sociale vaardigheidstrainingen als onderdeel van de hulpverlening erkent.

Het bovenstaande houdt in dat wij vanuit onze startpositie op beperkte schaal met het geven van de sociale vaardigheidstrainingen zijn begonnen. Het aantal trainingen dat wij uitvoerden, hebben wij langzamerhand kunnen opvoeren. Ook konden wij onze ideeën door beperkte mogelijkheden bij aanvang van ons onderzoek slechts ten dele uitvoeren. Mede op grond van het effectonderzoek is de situatie momenteel gunstiger. Bepaalde zaken die voorheen buiten beschouwing bleven, kunnen nu wel aandacht krijgen. Wij noemen bijvoorbeeld de optimalisering van onze werkwijze tijdens de intakefase, uitbreiding van de trainingen naar andere leeftijdsgroepen, het individueel en groepsgewijs geven van ouderbegeleiding. Deze en andere aspecten zullen wij in dit hoofdstuk verder bespreken.

9.3. Alternatieven voor de intake- en evaluatieprocedures

Bij de presentatie van ons trainingsprogramma (zie hoofdstuk 6) blijkt dat wij tijdens de intakefase de sociale vaardigheidslijst afnemen. Met behulp van deze lijst komen wij samen met de blinde of slechtziende adolescent tot een keuze van sociale vaardigheden die tijdens de training aan de orde komen. Hierbij valt op dat de keuze van vaardigheden uit de lijst vrij veel tijd kost. Dit geldt eveneens voor de andere stappen binnen de intakefase die betrekking hebben op

- het concretiseren van de vaardigheden,
- de rangschikking van de vaardigheden naar moeilijkheidsgraad, de zgn. belangrijkheidshiërarchie.

De gevolgde procedure is hierdoor voor zowel train(st)er als visueel gehandicapte minder aantrekkelijk te noemen. Om aan de bezwaren betreffende de tijd en aantrekkelijkheid tegemoet te komen, bevelen wij de computerisering van dit intake-onderdeel aan. Deze computerisering is gericht op de vereenvoudiging van de manier waarop uiteindelijk de belangrijkheidshiërarchie tot stand komt.

Bij de ontwikkeling van het computerprogramma ⁶ stellen wij ons voor dat de visueel gehandicapte met behulp van een personal computer de vaardigheden met de voorbeelden uit de sociale vaardigheidslijst krijgt aangeboden. Aan de hand van b.v. paarsgewijze vergelijkingen van de voorbeelden moet steeds een voorbeeld worden gekozen. Bij de computerisering van dit onderdeel binnen de intakefase maken slechtzienden gebruik van een beeldscherm, waarop de tekst verschijnt. Degenen met een beperktere of geen visusrest kunnen gebruik maken van apparatuur, waarbij de tekst in braille wordt gepresenteerd (de versa-braille of de Tieman leesregel).

6

Een eerste versie van dit computerprogramma kan bij de auteur worden opgevraagd.

Tijdens de intake- en evaluatiefase wordt eveneens de zelfkonfrontatiemethode afgenomen. Deze methode omvat in de intakefase een drietal stappen, nl.

1. keuze van waardegebieden. Dit gebeurt aan de hand van de belangrijkheidshiërarchie (alleen in de intakefase),
2. keuze van affecten (alleen in de intakefase),
3. invulling van de affectmatrix (dit gebeurt in de intake- en evaluatiefase).

Evenals bij de afname van de sociale vaardigheidslijst, vergt deze methode veel tijd. Dit is niet bevorderlijk voor de motivatie van de visueel gehandicapte adolescent. Op basis hiervan pleiten wij eveneens voor de ontwikkeling van een computerprogramma voor de afname van onze zelfkonfrontatiemethode. Wij stellen ons voor bij de ontwikkeling van zo'n computerprogramma zoveel mogelijk aan te sluiten bij de bestaande computerprogramma's (zie Van Gilst, 1982, 1983a, 1983b). Deze programma's kunnen wij bij de intake en evaluatie niet gebruiken, en wel om dezelfde redenen als waarom wij de oorspronkelijke zelfkonfrontatiemethode van Hermans (1974) niet hebben gebruikt (zie par. 7.5.2.1.).

Computerisering van de zelfkonfrontatiemethode heeft een aantal voordelen. Het levert tijdsbesparing op. Het maakt het ook eenvoudiger, na invulling van de affectmatrix, de indexen te berekenen die behoren bij het sociaal en algemeen welbevinden en de tevredenheid. Dit gebeurde tot nu toe altijd met de hand. Ook andere berekeningen zoals de bepaling van het verschil in sociaal welbevinden tussen de getrainde en niet-getrainde vaardigheden zijn met behulp van het computerprogramma gemakkelijk uit te voeren. Bij de ontwikkeling van het computerprogramma dient eveneens nagegaan te worden, of het gebruik van andere indexen en de uitvoering van andere analyses zinvol is. Zo voert Hermans (1981), naast berekening van betrokkenheidsindexen van waardegebieden en affecten, ook nog modaliteitsanalyses uit.

Tijdens de intake- en evaluatiefase bestuderen wij het uiterlijk waarneembaar gedrag (de sociale vaardigheden en de non-

verbale gedragingen) door middel van rollenspeltesten.

"In vivo-observatie" wezen wij af, omdat

- hierbij reactieve effecten optreden ten gevolge van de aanwezigheid van een beoordelaar in de omgeving van de visueel gehandicapte,
- sommige sociale situaties die voor de beoordeling belangrijk zijn, zich niet altijd in aanwezigheid van de beoordelaar kunnen voordoen,
- de uitvoering van complexe gedragsobservaties hierbij niet mogelijk is. Zoals gebleken, hebben wij in dit verband de samenhang onderzocht tussen de (para)linguistische gedragskenmerken en de sociale aanpassingsproblemen bij visueel gehandicapten.

Naast deze nadelen bij "in vivo-observatie" bleken er aan rollenspeltesten ook nadelen te kleven. Bij sommige visueel gehandicapten wordt er teveel een beroep gedaan op het zich kunnen inleven in bepaalde sociale situaties. Dit bleek niet altijd mogelijk. In een enkel geval was uitvoering van het rollenspel niet mogelijk vanwege de te grote angst die hiervoor bij visueel gehandicapten bestond. Daarnaast werd het gebruik van video soms als bedreigend ervaren.

Op grond van deze nadelen hadden de rollenspelen soms een vrij kunstmatig karakter. In dit verband kunnen wij ons afvragen, of de gespeelde vaardigheden op eenzelfde wijze in de werkelijkheid zouden worden uitgevoerd. Deze representativiteitsvraag geldt evenzeer voor visueel gehandicapten die de neiging hebben om zich sociaal wenselijk op te stellen. Het risico is namelijk bij hen aanwezig, dat zij tijdens rollenspeltesten graag willen laten zien, hoe vaardig zij zijn, terwijl dit in de werkelijkheid juist niet het geval is.

De eerder genoemde bezwaren tegen "in vivo-observatie" hebben bij nader inzien een relatief karakter. Zij behoeven namelijk niet altijd op te gaan, omdat

- de reactieve effecten kunnen worden vermeden, indien de

beoordelaar een bekend persoon is uit de omgeving van de visueel gehandicapte. Hierbij kan gedacht worden aan inschakeling van groepsleiding of leerkrachten.

- de opsporing van sociale aanpassingsproblemen bij "in vivo-observatie" altijd mogelijk is. Het feit dat sommige situaties zich buiten het gezichtsveld van de beoordelaar voltrekken, is waar. Echter, voor andere sociale situaties is dit zeker niet het geval.
- de gedragsobservaties die b.v. betrekking hebben op tijdsmetingen, niet meer uitgevoerd behoeven te worden. Dit stellen wij, omdat binnen ons onderzoek geen samenhang is geconstateerd tussen de meeste (para)linguistische gedragskenmerken en de interventiegedragingen. Verder onderzoek hiernaar behoeft naar onze mening dan ook geen prioriteit meer.

Uitgaande van het voorgaande lijkt het ons zinvol om te onderzoeken, in hoeverre er mogelijkheden bestaan om het uiterlijk waarneembaar gedrag bij visueel gehandicapten door middel van "in vivo-observatie" te bestuderen.

Verder is een laatste opmerking over de intakefase nog op zijn plaats. De intakefase bestaat uit een drietal contacten. Tijdens het eerste contact vinden o.a. kennismaking en een globale inventarisatie van de te leren vaardigheden plaats. Binnen het tweede contact worden de diverse rollenspelen voor de eerste keer uitgevoerd (gedragsmeting). Ook wordt de zelfkonfrontatiemethode voor de eerste keer afgenomen (belevingsmeting). Deze rollenspeltesten en de afname van de zelfkonfrontatiemethode herhalen wij tijdens het derde intakecontact. Dit doen wij om te bepalen, of het uitwendig en inwendig gedrag voldoende stabiel is. Immers, op grond daarvan stellen wij de doelen voor de sociale vaardigheidstraining vast.

Tijdens het onderzoek bleek nu dat de resultaten van de eerste gedrags- en belevingsmeting in bijna alle gevallen gelijk waren aan die van de tweede gedrags- en belevingsmeting. Daarom bevelen wij aan om de rollenspeltesten en de afname van de zelfkonfrontatiemethode tijdens de intakefase maar één keer

te realiseren. Het voordeel hiervan is dat de intakefase gereduceerd kan worden van drie naar twee contacten.

9.4. De residentiële, ambulante en semi-ambulante sociale vaardigheidstrainingen

Tijdens onze onderzoeksfase hebben met name visueel gehandicapten die binnen het centrum verblijven, aan een sociale vaardigheidstraining deelgenomen. Wanneer de trainingen door intern wonende visueel gehandicapten worden gevolgd, spreken wij van residentiële sociale vaardigheidstrainingen.

Eveneens hebben visueel gehandicapten die binnen de regio van het centrum wonen en de braille- of slechtziendenschool van het centrum bezoeken, een training gevolgd. Deze trainingen duiden wij aan met ambulante trainingen. Hiervan spreken wij ook, wanneer visueel gehandicapten die binnen de regio wonen en daar het regulier onderwijs volgen, voor de training naar het centrum komen. Tijdens de onderzoeksfase gebeurde dit laatste slechts in een enkel geval.

Eveneens kennen wij de semi-ambulante trainingen. Visueel gehandicapten die buiten de regio van het centrum wonen, krijgen namelijk de mogelijkheid geboden om gedurende een korte periode (b.v. één week) binnen het centrum te wonen. Gedurende deze periode wordt dan de training gevolgd.

Vanuit andere hulpverleningservaringen weten wij dat deze visueel gehandicapten sociale aanpassingsproblemen hebben. Voorts blijkt er bij hen vaak een grotere motivatie aanwezig om aan de eigen problematiek te werken dan bij degenen die binnen het centrum wonen of alleen onderwijs volgen. Desondanks is gebleken dat zij weinig gebruik hebben gemaakt van de mogelijkheid om binnen het centrum een training te volgen. Een verklaring hiervan zou de onbekendheid met onze trainingen kunnen zijn.

Teneinde zoveel mogelijk visueel gehandicapten in de gelegenheid te stellen aan een training deel te nemen, dient in eerste instantie het bestaan, de bedoeling en de werkwijze van onze trainingen bij visueel gehandicapten bekend te zijn. Om

dit te realiseren zouden de gebruikelijke voorlichtingskanalen van het centrum benut kunnen worden. Ook zouden de diverse dienstverlenende instanties voor visueel gehandicapten hierbij een ondersteunende functie kunnen vervullen.

9.5. Externe implementatie

De semi-ambulante trainingen trachten op hun beurt rekening te houden met de grote geografische afstand tot het centrum. De visueel gehandicapte hoeft namelijk niet tussen het centrum en de thuissituatie op en neer te reizen, maar krijgt gelegenheid een korte periode intern te verblijven. Echter, deze mogelijkheid kunnen wij eveneens als een drempel voor deelname beschouwen. Aan een sociale vaardigheidstraining die zich over een relatief korte periode uitstrekt, kleven eveneens een aantal didactische en inhoudelijke bezwaren. Zo hebben visueel gehandicapten bij dit type trainingen minder feedbackmogelijkheden dan bij de andere typen trainingen. Ook zijn er veel minder oefenmogelijkheden en is het denkbaar dat er gedurende de trainingsperiode te veel informatie wordt aangeboden. Verder kan ook onvoldoende worden ingespeeld op de actuele leefsituatie van de visueel gehandicapten. Om aan bovengenoemde geografische, didactische en inhoudelijke bezwaren tegemoet te komen, zou het wenselijk zijn dat onze sociale vaardigheidstraining ook tot het hulpverleningsaanbod van de andere centra behoort. De sociale vaardigheidstrainingen zouden dan eveneens een onderdeel kunnen zijn van de dagrevalidatie ⁷ van blinden en slechtzienden in Nederland. Teneinde het bovenstaande te

7

Binnen de wereld van visueel gehandicapten is de dagrevalidatie een nieuwe vorm van hulpverlening. Onder dagrevalidatie verstaat men een vorm van revalidatie die een complex van plan- en/of procesmatige individuele dan wel groepsgewijze (leer)activiteiten omvat, gericht op een visueel gehandicapte cliënt met evt. het daarbij behorende cliëntsysteem. De cliënt komt vanuit de thuissituatie naar de hulpverlenende instantie (zie Werkgroep Dagrevalidatie, 1986, pag. 4)

realiseren dient de implementatie van de sociale vaardigheidstrainingen naar de andere centra voor visueel gehandicapten plaats te vinden.

9.6. Interne implementatie

9.6.1. Sociale vaardigheidstrainingen voor uiteenlopende sociale aanpassingsproblematieken

Naast de externe implementatie kennen wij de implementatie binnen ons eigen centrum. Om de bespreking hiervan mogelijk te maken, behandelen wij de sociale vaardigheidstrainingen de problematiek die wij in de praktijk tegenkomen. Zo kennen wij visueel gehandicapten met

- ernstige sociale aanpassingsproblemen, welke rechtstreeks het gevolg zijn van sociale angst, irrationele opvattingen en cognitieve denkfouten, en zich veelal manifesteren door vermijdingsgedrag of psycho-somatische klachten,
- beperkte sociale aanpassingsproblematiek, welke het dagelijks functioneren van de visueel gehandicapten in mindere mate beïnvloeden.
- geen sociale aanpassingsproblematiek.

Tijdens de onderzoeksfase zijn alle sociale vaardigheidstrainingen door een orthopedagoog en een kinder- en jeugdpsychotherapeute gegeven. Hierbij zijn visueel gehandicapten met ernstige sociale aanpassingsproblemen behandeld. Het bleek dat de trainingen bij deze visueel gehandicapten veelal het karakter kregen van een intensieve gedragstherapie.

Op grond van onze ervaringen lijken visueel gehandicapten met ernstige sociale aanpassingsproblemen het beste geholpen op een wijze zoals dat ten tijde van de onderzoeksfase gebeurde. Daarom geven wij aan dat deze trainingen in de toekomst gegeven dienen te worden door psychologen/pedagogen die ervaring hebben met gedragstherapeutische technieken.

Visueel gehandicapten met beperkte sociale aanpassingsproblemen behoeven een dergelijke intensieve benadering minder. Op grond van een aantal ervaringen is gebleken dat de trainingen die door deze visueel gehandicapten worden gevolgd, ook gegeven kunnen worden door andere medewerkers binnen het centrum. In het kader van de residentiële trainingen denken wij aan inschakeling en coaching van groepsleiding. Bij de ambulante en semi-ambulante trainingen zou een beroep gedaan kunnen worden op de A.D.L.-train(st)ers ⁸ die eveneens aan het centrum zijn verbonden.

Eveneens hebben wij de visueel gehandicapten genoemd, bij wie geen duidelijk aanwijsbare sociale aanpassingsproblematiek aanwezig is. Desondanks is vanuit de hulpverleningspraktijk de roep om enige ondersteuning van hen in het dagelijks leven eveneens hoorbaar. Bij veranderende levensomstandigheden, b.v. bij de overgang naar het regulier onderwijs, blijken er regelmatig sociale aanpassingsproblemen te ontstaan. Visueel gehandicapten die de school binnen het centrum gaan verlaten, zouden daarom preventief geholpen kunnen zijn met enige voorbereiding op de reguliere onderwijssituatie.

Ditzelfde geldt voor blinden en slechtzienden die hun intrede willen doen in het arbeidsproces. In dit verband bestaat er behoefte aan trainingen gericht op het leren van vaardigheden die betrekking hebben op b.v. het solliciteren, waaronder de presentatie van jezelf.

Om aan bovenstaande behoeften tegemoet te komen, lijkt het raadzaam om na te gaan, in hoeverre de sociale vaardigheidstrainingen inpasbaar zijn binnen de bestaande schoolprogramma's.

8

A.D.L. is een afkorting voor Activity of Daily Living. In het dagelijks taalgebruik spreken wij niet van A.D.L.-train(st)ers, maar van zelfstandigheidstrain(st)ers.

9.6.2. Behoefte aan sociale vaardigheidstrainingen voor andere leeftijdsgroepen

Onze sociale vaardigheidstrainingen richten zich op visueel gehandicapte adolescenten, d.w.z. op blinden en slechtzienden in de leeftijd van ongeveer 12 t/m 22 jaar. Met het oog op de sociale aanpassingsproblemen zullen eveneens trainingen voor andere leeftijdsgroepen ontwikkeld moeten worden. Hierbij gaat onze gedachte in eerste instantie uit naar visueel gehandicapten van de basisschoolleeftijd (4-12 jaar). Ontwikkeling van een sociale vaardigheidstraining voor deze leeftijdsgroep heeft consequenties voor o.a. de didactische werkvorm. Onderzocht zal moeten worden, of het mogelijk is om de trainingen in groepsverband te geven. Bij deze werkvorm zal het accent meer op het spel kunnen liggen.

De trainingen zijn tijdens de onderzoeksfase alle individueel gegeven. De samenstelling van homogene groepen bleek b.v. qua visusrest en intelligentie niet mogelijk. Daarnaast bleek dat de adolescenten de groepssituatie als te bedreigend ervaren, hetgeen wij als inherent aan de sociale aanpassingsproblematiek beschouwen.

Wij betwijfelen of genoemde bezwaren tegen het werken in groepsverband eveneens voor de jongere visueel gehandicapten gelden. Wij nemen namelijk aan, dat de sociale angst bij jongere kinderen nog in mindere mate bepalend is voor het gedrag, waardoor er ook minder belemmeringen zijn om in groepen te werken.

Ook zijn er inhoudelijke consequenties. Nagegaan dient te worden, of er bij jongere visueel gehandicapte kinderen specifieke sociale aanpassingsproblemen te identificeren zijn, die tijdens de training aandacht behoeven.

9.6.3. De intakecriteria

In het voorgaande noemden wij trainingen gericht op de verschillende problematieken bij visueel gehandicapten. Het onderscheid in de mate van sociale aanpassingsproblematiek

(ernstige, beperkte en geen duidelijk aanwijsbare) heeft consequenties voor de intakecriteria die wij normaliter hanteren. Tijdens de onderzoeksfase hanteerden wij bij de selectie van de deelnemers die voor een sociale vaardigheidstraining aangemeld werden

- het leeftijdscriterium: visueel gehandicapten tussen 12 en 22 jaar (adolescenten) komen in aanmerking voor de training.
- het intelligentiecriterium: in het algemeen nemen die visueel gehandicapten deel aan een training, die minimaal over gemiddelde cognitieve capaciteiten beschikken.
- het motivatiecriterium: de blinden en slechtzienden moeten op zijn minst bereid zijn om een training te volgen.
- het sociale inadequatiecriterium: er dient sprake te zijn van manifeste of latente sociale aanpassingsproblemen.

Alle hiervoor genoemde criteria hanteren wij alleen bij de selectie van visueel gehandicapte adolescenten met ernstige en beperkte sociale aanpassingsproblematiek. Voor visueel gehandicapten zonder duidelijke sociale aanpassingsproblemen geldt het sociale inadequatiecriterium niet. Omdat wij pleiten voor sociale vaardigheidstrainingen voor andere leeftijdsgroepen gaat het genoemde leeftijdscriterium in dat geval niet meer op. Het motivatiecriterium blijft daarentegen altijd wel van toepassing. Blijken visueel gehandicapten onvoldoende gemotiveerd om een training te volgen, dan dient de train(st)er samen met de omgeving (ouders, leerkrachten, groepsleiding) deze beperkte motivatie te bewerken. Bij ouderen kan dit gebeuren door middel van gesprekken, gericht op de bewustwording van het feit dat je profijt kunt hebben van het volgen van een training. Het gaat immers om de vergroting van de eigen mogelijkheden. Bij jongere kinderen kan de belangstelling eveneens met behulp van het gesprek opgewekt worden. Bepaalde klassesituaties zoals het kringgesprek lenen zich daarvoor bij uitstek.

9.7. Ouderbegeleidingsvormen

Wij hebben in par. 2.3. kindgebonden (interne) en omgevings-

gebonden (externe) factoren genoemd die van invloed zijn op het sociale aanpassingsproces bij blinden en slechtzienden. Hierbij hebben wij gezien dat ouders een belangrijke factor zijn voor het al dan niet ontstaan van sociale aanpassingsproblemen bij hun visueel gehandicapte kind. Op grond hiervan achten wij bij de sociale vaardigheidstrainingen ouderbegeleiding van belang. Binnen de trainingen die wij tot nu toe hebben gegeven, is in de meeste gevallen van ouderbegeleiding afgezien. Dit geschiedde, omdat de visueel gehandicapte adolescenten deze ouderbegeleiding afwezen. Desalniettemin achten wij de begeleiding van ouders bij deze leeftijdsgroep minstens zo belangrijk als bij de jongere kinderen.

De ouderbegeleiding is gericht op een aantal algemene doelstellingen. In eerste instantie proberen wij samen met de ouders een beeld te krijgen van de mate waarin het visueel gehandicapte kind sociaal vaardig is. Indien noodzakelijk, pogen wij samen met hen meer inzicht in de behoefte van hun blinde of slechtziende kind te krijgen. Ook geeft de ouderbegeleiding de ouders de gelegenheid om hun eigen mogelijkheden in de omgang met het visueel gehandicapte kind te ontdekken en zonodig te optimaliseren. Dit betekent dat bij de begeleiding ingegaan wordt op b.v. de handicap-acceptatie. Hierbij staat het ontwikkelen van reële verwachtingen ten opzichte van het visueel gehandicapte kind centraal. Andere problemen die rechtstreeks terug te voeren zijn op de ouders, blijven buiten beschouwing. Wij stellen dit, omdat de ouders niet voor zichzelf, maar voor hun kind komen. Daarom dienen de doelstellingen voor aanvang uitvoerig met de ouders te worden besproken. Ook kunnen wij nog andere doelen van ouderbegeleiding noemen, nl.

- de ouders helpen in het omgaan met bepaalde sociale aanpassingsproblemen van hun kind,
- de leefomgeving zodanig beïnvloeden dat hierdoor de training een zo maximaal mogelijk effect kan hebben,
- het krijgen van informatie van de ouders over de gang van zaken die van diagnostisch belang kunnen zijn. Deze informatie kunnen verder duidelijk maken, in hoeverre het blinde of slechtziende kind gebruik maakt van datgene wat er tij-

dens de training wordt aangeboden.

Bij de ouderbegeleiding zijn wij voorstander van minimaal een vijftal contacten tussen train(st)er en ouders. Het eerste contact vindt plaats tijdens de kennismakingsfase. Hierbinnen gaan wij in op redenen, doelstellingen en inhoud van de sociale vaardigheidstraining en de ouderbegeleiding. Daarna volgen er gedurende de training een drietal ouderbegeleidingscontacten, waarbinnen wordt uitgelegd wat wij het kind leren en hoe zij kunnen helpen. Deze contacten zijn gericht op verandering van de houding (b.v. het ontwikkelen van reële verwachtingen ten opzichte van het kind) en de pedagogische aanpak van de ouders. Bij onzekere of pedagogisch zwak toegeruste ouders kan het zelfs nodig zijn om een heel nauwkeurig en zorgvuldig uitgedacht programma met hen op te stellen, waarin stap voor stap bepaalde wenselijk geachte veranderingen worden ingevoerd en geëvalueerd.

Het laatste en tevens afsluitende contact heeft vooral een evaluatieve functie. Door het uitwisselen van ervaringen krijgen wij een indruk van het kind in de thuissituatie. Dit kunnen wij ook systematischer bespreken: welke gedragsveranderingen hebben bij het kind en de ouders plaatsgevonden? , hoe gaat het met het kind op school? , hoe ervaren zij leeftijds-genoten?

De curatieve ouderbegeleiding kan gerealiseerd worden bij zowel ouders waarvan het kind thuis als bij ouders waarvan het kind binnen het centrum woont. Bij ouderbegeleiding van intern wonende visueel gehandicapte kinderen zullen eveneens een beperkt aantal begeleidingscontacten naar groepsleiding toe gerealiseerd dienen te worden. Zij kunnen als plaatsvervangende ouders eveneens een belangrijke rol spelen bij de behandeling van sociale aanpassingsproblemen bij blinden en slechtzienden. De vorm van ouderbegeleiding die wij hebben beschreven, heeft een curatief karakter: samen met ouders wordt gewerkt aan de sociale aanpassingsproblemen die wij bij het

visueel gehandicapte kind hebben waargenomen.

Daarnaast onderscheiden wij een vorm van ouderbegeleiding die preventief van aard is. Deze vorm is bestemd voor ouders met een blind of slechtziend kind, waarbij zich nog geen sociale aanpassingsproblemen hebben gemanifesteerd. Omdat er geen sprake is van kindgebonden problemen, is de begeleiding algemener van aard. Deze ouderbegeleiding kan daarom groepsgewijs plaatsvinden. Wij menen dat bepaalde aspecten van de ouderbegeleiding extra tot hun recht kunnen komen, als de ouders groepsgewijs benaderd worden. De uitwisseling van ervaringen tussen de ouders voegt een dimensie toe. Wij denken hierbij vooral aan het gezamenlijk bespreken van wat sociale aanpassingsproblemen bij visueel gehandicapte kinderen nu eigenlijk zijn. Kennis en inzicht met betrekking tot het ontstaan van sociale aanpassingsproblemen kunnen bij de ouders zodoende worden verruimd.

SUMMARY

The subject of this research is the development and evaluation of social skill trainings for visually handicapped adolescents.

In chapter 1 we explain the major concepts used in this research. We first discuss our description of social adjustment. One speaks of social adjustment of the visually handicapped when

- the overt behavior of the visually handicapped is considered adequate by his environment, and
- the visually handicapped experiences the consequences of his behavior in a positive way.

The overt behavior includes social skills and non-verbal behavior. The covert behavior refers within the present context to the visually handicapped's experience. We draw a distinction between some aspects of experience i.e. the social well-being, the general well-being and the degree of satisfaction.

We speak of social adjustment only if both the criteria are met.

In this chapter we further mention the various definitions of visual deficits and finally discuss the term adolescence. This term is derived from the Latin word "adolescere" which means "to grow up to maturity". Puberty denotes the physical aspect of the development between the age of twelve and twenty-two years but the term adolescence refers to the psycho-social aspect of this developmental phase. (De Wit en Van der Veer, 1984).

In chapter 2 we discuss, proceeding from the literature, the problems of social adjustment of the visually handicapped. To study these problems of social adjustment we take as a lead the overt behavior i.e.

- the linguistic and paralinguistic features of behavior,
- social skills,
- non-verbal behavior.

Research, taking the (para)linguistic features of behavior as

a starting point, is done about the problems of social adjustment of both the normally sighted and the visually handicapped. Van Hasselt and Hersen (1981) found that a better social adjustment is accompanied by a shorter latency-period and reaction-duration and by a bigger number of non-fluencies in speech. The results however of the various studies are contradictory. A study by Van Son (1978) for example shows that social adjustment is accompanied by a longer reaction-duration. These and other contradictions cannot be explained by means of the literature but may be understood from the fact that these studies made use of different populations. Problems of social adjustment also have been studied in research taking social skills as a lead. A major number of authors such as Lazarus (1973), Van Hasselt, Hersen, Kazdin, Sisson and Mastantuono (1981) mention various social skills which they teach in their trainings.

Non-verbal behavior may also affect social adjustment problems with the visually handicapped. Mental health services in Holland have paid only minor attention to this aspect. An exception however is the study about effective help for children with blindness by Mulder and Van Otterlo (1983). The literature describes extensively the curing of the visually handicapped of blindness but also the teaching of adequate non-verbal behavior.

In chapter 2 we discuss those studies about problems of social adjustment which take the covert behavior as a starting point. It is noticeable that each of the various researchers studies the problems of social adjustment with his own frame of concepts. Major attention has been paid to the self-concept of the blind and partially sighted. It is assumed that as the social adjustment is more successful, the visually handicapped will also have a more positive self-concept (Mehr, Mehr and Ault, 1970).

The last part of chapter 2 gives an account of the study of the literature about the possible influence of internal and external factors on the process of social adjustment. The internal factors are related to the visually handicapped person himself while the external factors refer to his

environment. Making use of the literature we discuss the following internal factors: intelligence, gender, the time at which the visual handicap developed and the seriousness and cause of the visual handicap. The external factors which we discuss are whether the adolescent still lives at the parental home or not and the attitude of the social environment.

In chapter 3 we introduce the various learning theoretical explanatory models for the development of social adjustment problems. To recapitulate briefly, these models encompass the following. In the behavior deficiency model problems of social adjustment are related to

- deficiencies of social skills and of non-verbal behaviors,
- wrongly learned social skills and non-verbal behaviors.

We explain these behavior deficiencies from the fact that in the case of the visually handicapped learning by modeling occurs insufficiently. Wrongly learned behavior is the result of operant conditioning.

The model of inhibition by anxiety explains social adjustment problems in terms of avoidance behavior. This avoidance behavior is the result of inhibition by means of anxiety. Both classical and operant conditioning play an important part in the development and maintenance of this avoidance behavior.

The cognitive inhibition model explains problems of social adjustment not as an automatic response to a conditioned stimulus but as the result of a particular way of thinking. Within the context of this model we introduce two cognitive learning theoretical assumptions about anxiety. Some authors state that problems of social adjustment are the result of irrational ideas about reality. Others assume that anxiety is the result of faulty reasoning.

In the deficiency of self-control model the adjustment problems are related to an inadequate coping with social situations i.e. to an inadequate self-control. To explain this inadequate coping, we make use of

- the feedback theory (the model of self-control of Kanfer (1981, 1985)),
- the problemsolving theory of D'Zurilla and Goldfried (1971).

Chapter 4 encompasses a survey of current social skill

trainings. The major part of publications about this topic is published during the last ten years. Most publications however discuss insufficiently the treatment of social adjustment problems. In most of the cases the authors fail to give a description of the programmes used. In some cases it even remains to be guessed which skills are taught and how many sessions were involved.

In this chapter we select those social skill trainings which offer leads for the development of our social skill training. We give a short summary of the social skill trainings we made use of.

In chapter 5 we discuss the basic assumptions for the planning of a social skill training, meant for the visually handicapped. First we examine the theoretical assumptions. Next we introduce the social skills and non-verbal behavior we focus our attention on in the training. We also discuss the behavior deficiency, - anxiety inhibition, - cognitive inhibition, - and self-control deficiency model and their respective underlying theories. On the basis of these models and theories we introduce the various aspects of the training, among which are a number of learning principles, which is the starting-point for the treatment of social adjustment problems.

Besides the theoretical assumptions we also pay attention to the more practical principles. These principles initially determined the didactic style. In this context we pay attention to the diverse types of social skill training: the in-patient and (semi) out-patient trainings. Finally we give reasons for training the visually handicapped individually and not in groups.

Chapter 6 deals with the structure of our social skill training. In the first part of this chapter we account for the context of the intake, - training, and evaluation phase. We try to keep the intake as brief as possible. In practice this phase comprises three consultations on basis of which it is decided whether participating in the training is advisable. This decision is made on the basis of impressions and behavior and experience measurements. During the intake we use the

following criteria:

- age: visually handicapped between the age of 12-22 years may participate.
- intelligence: in general the visually handicapped must have disposal of the average cognitive capacities.
- motivation: the visually handicapped must be willing to follow the training.
- social inadequacy: manifest or latent problems of social adjustment must be present.
- the capacity to reflect upon oneself: the visually handicapped who participates must be able to do this.

After the intake the goals of the training are settled. These goals are related to both overt and covert behavior.

The training comprises eight sessions which take place once weekly. Each session takes 1-1½ hour. The structure of the session is bound by practical rules. At the start of each session the assignments are discussed after which attention is paid to a new skill or a new subject. Each session is concluded by a preparatory talk about the assignment and by an evaluation of the session. The assignment usually consists of the practising in daily situations of social skills which came up for discussion during the training.

In the training we make use of role playing to practice social skills. We distinguish between reconstructing and anticipating role playing. After a discussion of these and other principles concerning the context of the training we sketch in the second part of the chapter the technical proceedings of the three phases.

In chapter 7 we give a description of the research design. The basic design is a group-design. A time-series experiment is done with each subject and the subject is his own control. In this chapter we formulate questions concerning the investigation of the effect and effect-continuation. We put ourselves the question whether the individual social skill training affects an improvement of overt and covert social adjustment behavior and whether this improvement continues after termination of the training. We also formulate questions within the context of the investigation of the relationship

between the target behavior and (para)linguistic features of behavior. Besides answering these questions, some explorative analyses are carried out. With regard to the variables vision-handicap, gender, age, intelligence and situation of living we investigate systematically the differences of effects.

We also discuss research-technical aspects related to e.g. the internal and external validity, the instrumentation and the course of the research.

In chapter 8 we present the research data. On the basis of these the questions formulated in the former chapter are answered and discussed. Examination of the effects shows that social skills, social and general well-being and the degree of satisfaction improved after the training. In the investigation of the effect-continuation we found that after the termination of the training the social well-being even increased.

From the relationship investigation we conclude that in general no relationship can be shown between target behavior and (para)linguistic features of behavior. The explorative analyses show that the variables: vision-handicap, gender, age, intelligence and living situation do not affect differences in effect. This means that all the visually handicapped may profit equally from the social skill training. The dissertation is concluded by chapter 9 in which we consider and discuss the gains of this research. We also give recommendations for the external implementation. We argue in favour of offering social skill trainings in still other centres for the visually handicapped. The internal implementation is related to some consequences for our centre. The Activity Daily Living-trainers might be involved in the social skill training. It also should be studied to which degree the social skill training could be fitted into the existing schoolprogrammes. There is also a need for social skill training for other age-groups. We further point out the necessity of parent-counselling.

LITERATUUR

- Acton, J. (1976). Establishing and maintaining a therapeutic environment in a residential rehabilitation center for the blind. The New Outlook for the Blind, 70, 149-152.
- Apple, M. M. (1972). Kinesic training for blind persons: A vital means of communication. The New Outlook for the Blind, 66, 201-208.
- Argyle, M., Trower, P., & Bryant, B. (1974). Explorations in the treatment of personality disorders and neurosis by social skills training. British Journal Medical Psychology, 47, 63-72.
- Arrindell, W. A., Groot, P. M. de, & Walburg, J. A. (1984). De schaal voor interpersoonlijk gedrag. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Bandura, A. (1974). Principles of behavior modification. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 2, 191-215.
- Bandura, A. (1978). Social learning theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. American Psychologist, 37(2), 122-147.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Barlow, D. H., & Hersen, M. (1984). Single case experimental designs. New York: Pergamon Press.
- Barraga, N. (1976). Visual handicaps and learning : A developmental approach. Belmont, CA: Wadsworth.
- Barry, H., & Marshall, F. E. (1953). Maladjustment and maternal rejection. Mental Hygiene, 37, 570-580.
- Bartels, J. B. (1986). Sociale vaardigheidstraining voor probleemjongeren. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Bash, M., & Camp, B. (1980). Teacher training in the think aloud classroom program. In G. Cartledge & J. Milburn

- (Eds.), Teaching social skills to children. New York: Pergamon Press.
- Bateman, B. (1962). Sighted children's perceptions of blind children's abilities. Exceptional Children, 29, 42-46.
- Bauman, M. K. (1964). Group differences disclosed by inventory items. International Journal for the Education of the Blind, 13, 101-106.
- Bear, D. M., Wolf, M. M., & Risley, T. R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. Journal of Applied Behavior Analysis, 1, 91-97.
- Beck, A. T. (1972). Cognition, anxiety and psychophysiological disorders. In C. D. Spielberger (Ed.), Anxiety: Current trends in theory and research. New York: Academic Press.
- Beck, A. T. (1978). Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International University Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., & Shaw, B. (1983). Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. New York: Basic Books.
- Beek, R. van (1985). Sociale vaardigheidstrainingen bij visueel gehandicapte adolescenten. Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 24, 286-297.
- Beek, R. van (1986). Cognitief verklaringsmodel van sociale gedragsproblemen bij visueel gehandicapten. Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 25, 114-120.
- Beek, R. van (1987). Sociale vaardigheidstrainingen bij visueel gehandicapte adolescenten: een eerste aanzet. Lezing in het kader van de in Utrecht gehouden studiedag Sociale Vaardigheid, georganiseerd door de VNBW.
- Beek, R. van, & Siegelaer, E. (1985). Nederlandse versie van de Tennessee Self Concept Scale (Fitts, W. H.). Zeist.
- Beekers, M. (1982). Interpersoonlijke vaardigheidstherapieën voor kansarmen. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Beekers, M., & Gooijen, J. (1980). Spel met grenzen. Tijdschrift voor Psychotherapie, 6, 326-337.
- Bellack, A. S. (1979). A critical appraisal of strategies for assessing social skill. Behavioral Assessment, 1, 157-176.

- Bergin, A. E., & Strupp, H. H. (1972). Changing frontiers in the science of psychotherapy. New York: Aldine-Atherton.
- Beugen, M. van (1976). Sociale technologie en het instrumentele aspect vanagogische actie. Assen & Amsterdam: Van Gorcum.
- Blank, H. (1957). Psycho-analysis and blindness. The Psychoanalytic Quarterly, 26, 1-24.
- Blankenagel, A. e.a. (1978). Hulp aan visueel gehandicapte kinderen. Nijkerk: Callenbach.
- Bonfanti, B. H. (1976). The evaluation of nonverbal and verbal traits and behaviors of blind adults and the effect of training upon these behaviors. Pittsburgh: University of Pittsburgh.
- Bonfanti, B. H. (1979). Effect of training on nonverbal and verbal behaviors of congenitally blind adults. Journal of Visual Impairment and Blindness, 73, 1-9.
- Bower, S. A., & Bower, G. H. (1976). Asserting yourself. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Brieland, D. M. (1950). A comparative study of the speech of blind and sighted children. Speech Monographs, 17, 99-103.
- Brown, P. A. (1938). Responses of blind and seeing adolescents to an introversion-extroversion questionnaire. Journal of Psychology, 6, 137-147.
- Budziszewski Ryan, K. A. (1976). Assertive training: Its use in leisure counseling. The New Outlook for the Blind, 70, 351-353.
- Buijk, C. A. (1985). Algemene Gehandicapten Attitude Schaal. Amsterdam: Laboratorium voor Toegepaste Psychologie, Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Campbell, D. T., & Stanley, J. C. (1963). Experimental and quasi-experimental designs for research on teaching. In N. L. Gage (Ed.), Handbook of research on teaching. Chicago: Rand McNally.
- Cartledge, G., & Milburn, J. (1980). Teaching social skills to children. New York: Pergamon Press.
- Chevigny, H., & Braverman, S. (1950). The adjustment of the blind. New Haven: Yale University Press.
- Cholden, L. S. (1958). A psychiatrist works with blindness.

- New York: American Foundation for the Blind.
- Clijssen, M., Groot, L. de, & Hoos, L. (1975). Een gestructureerde vorm van psychotherapie in groepen. Tijdschrift voor Psychotherapie, 1, 26-36.
- Cohen, J. (1966). The effects of blindness on children's development. Children, 13, 23-27.
- Cohen, J. (1968). Weighted kappa: Nominal scale agreement with provision for scaled disagreement of partial credit. Psychological Bulletin, 213-220.
- Cohen, P. C. (1964). The impact of the handicapped child on the family. The New Outlook for the Blind, 58, 11-15.
- Cohen-Kettenis, P. T., & Dekking, Y. M. (1980). Cognitieve aspecten van sociale angst bij kinderen. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Cohn, N. K. (1961). Understanding the process of adjustment to disability. Journal of Rehabilitation, 27, 16-18.
- Coker, G. (1979). A comparison of self-concept and academic achievement of visually handicapped children enrolled in a regular school and in a residential school. Education of the Visually Handicapped, 11, 67-74.
- Combs, M., & Slaby, D. (1977). Social skills training with children. In B. Lahey & A. Kazdin (Eds.), Advances in clinical child psychology (Vol. 1). New York: Plenum Press.
- Conant, S., & Budoff, M. (1982). The development of sighted people's understanding of blindness. Journal of Visual Impairment and Blindness, 76, 86-90.
- Cook, Th., & Campbell, D. T. (1981). Quasi-Experimentation. Chicago: Rand McNally College Publishing Company.
- Cook-Clampert, D. (1981). The development of self-concept in blind children. Journal of Visual Impairment and Blindness, 75, 233-238.
- Coopersmith, S. (1967). The antecedents of self-esteem. San Francisco: W. H. Freeman.
- Cornett, J. W. (1969). A statistical analysis of dependency tendencies in visually impaired caucasian adolescents in a residential school placement. Unpublished master's thesis, Old Dominion University.
- Cowen, E. L., Underberg, R. P., Verrillo, R. T., & Benham, F.

- G. (1961). Adjustment to visual disability in adolescence. New York: American Foundation for the Blind.
- Crandell, J. M., & Streeter, L. (1977). The social adjustment of blind students in different educational settings. Education of the Visually Handicapped, 9, 1-6.
- Cutsforth, T. D. (1951). The blind in school and society. New York: American Foundation for the Blind.
- Cutsforth, T. D. (1966). Personality and social adjustment among the blind. Research Bulletin of the American Foundation for the Blind, 12, 53-67.
- Dam-Baggen, R. van, & Kraaimaat, F. (1979). Assertieve training. In J. W. G. Orlemans e.a. (Eds.), Handboek voor Gedragstherapie. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Dam-Baggen, R. van (1987). Sociale angst en non-assertiviteit. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Deboutte, D., Waning, A. van, & Engeland, H. van (1979). Mag ik meedoen? Tijdschrift voor Psychotherapie, 5, 295-304.
- Delafield, G. (1976). Adjustment to blindness. The New Outlook for the Blind, 70, 64-68.
- Diekstra, R. F. W., & Dassen, W. F. M. (1979). Inleiding tot de rationele therapie. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Dover, F. (1959). Readjusting to the onset of blindness. Social Casework, 40, 334-338.
- D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. Journal of Abnormal Psychology, 78, 107-126.
- Eaglestein, A. S. (1975). The social acceptance of blind high school students in a integrated school. The New Outlook for the Blind, 69, 447-451.
- Egan, G. (1977). You and me: The skills of communicating and relating to others. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Eisler, R. M., & Frederikson, L. (1980). Perfecting social skills. New York: Plenum Press.
- Eisler, R. M., Miller, P. M., & Hersen, M. (1973). Components of assertive behavior. Journal of Clinical Psychology, 29, 295-299.
- Ellis, A., & Grieger, R. (1977). Handbook of rational-emotive therapy. New York: Springer.

- Ellis, A., & Harper, R. (1980). Redelijkwijze: Over de rol van ons denken in emotionele problemen. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Ellis, A., & Bernard, M. E. (1985). Clinical applications of rational-emotive therapy. New York: Plenum Press.
- Ervan, T. van (1980). Assertiviteit: Een review. Tijdschrift voor Psychotherapie, 6, 33-43.
- Everhart, G., Luzader, M., & Tullos, S. (1980). Assertive skills training for the blind. Journal of Visual Impairment and Blindness, 74, 62-65.
- Eysenck, H. J., & Beech, H. R. (1971). Counter conditioning and related methods. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis. New York: Wiley.
- Farkas, G. M., Sherick, R. B., Matson, J. L., & Loebig, M. (1981). Social skills training of a blind through differential reinforcement. The Behavior Therapist, 4, 24-26.
- Faye, E. (1976). Clinical low vision. New York: Little/Brown.
- Fensterheim, H. (1972). Behavior therapy: Assertive training in groups. In C. J. Sager & H. S. Kaplan (Eds.), Progress in group and family therapy. New York: Brunner/Mazel.
- Fitzgerald, R. G. (1970). Reactions to blindness: An exploratory study of adults with recent loss of sight. Archives of General Psychiatry, 22, 370-379.
- Foster, S. L., & Ritchey, W. L. (1979). Issues in the assessment of social competence in children. Journal of Applied Behavior Analysis, 12, 625-638.
- Foulke, E. (1972). The personality of the blind: A non-valid concept. The New Outlook for the Blind, 66, 33-37.
- Freedman, S. (1966). Personality growth. The New Outlook for the Blind, 60, 173-176.
- Fris, T. (1971). Over de houding tegenover lichamelijk gehandicapt. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 26, 227-236.
- Galassi, J. P., Dela, J. S., Galassi, M. D., & Bastien, S. (1974). The College Self-Expression Scale: A measure of assertiveness. Behavior Therapy, 5, 165-171.

- Galassi, M. D., & Galassi, J. P. (1980). Similarities and differences between two assertion measures: Factor analyses of the College Self-Expression Scale and the Rathus Assertiveness Schedule. Behavioral Assessment, 2, 43-57.
- Gambrill, E. D., & Richey, C. A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research. Behavior Therapy, 6, 550-561.
- Gardner, L. (1982). Understanding and helping parents of blind children. Journal of Visual Impairment and Blindness, 76, 81-85.
- Gerestein, J. (1986). Zicht op zichzelf: Een literatuurstudie en onderzoek naar het zelfbeeld van visueel gehandicapte jongeren. MO-B scriptie, Rijksuniversiteit Utrecht.
- Gilst, W. van (1982). Programma confron O: Lokaal computerprogramma. Nijmegen.
- Gilst, W. van (1983a). Programma confron V: Lokaal computerprogramma. Nijmegen.
- Gilst, W. van (1983b). Programma confron Q: Lokaal computerprogramma. Nijmegen.
- Goldfried, M. R., & Davison, G. C. (1976). Clinical behavior therapy. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Goldfried, M. R., Decenteceo, E. T., & Weinberg, L. (1974). Systematic restructuring as a selfcontrol technique. Behavior Therapy, 5, 247-254.
- Goldfried, M. R., & Goldfried, A. P. (1980). Cognitive change methods. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), Helping people change: A textbook of methods. New York: Pergamon Press.
- Goldstein, A. P. (1973). Structured learning therapy: Toward a psychotherapy for the poor. New York: Academic Press.
- Goldstein, A.P., Sprafkin, R. P., & Gershaw, N. J. (1976). Skill training for community living: Applying structured learning therapy. New York: Pergamon Press.
- Goldstein, A.P., Sprafkin, R. P., Gershaw, W. J., & Klein, P. (1980). Skillstreaming the adolescent. Champaign, IL: Research Press.
- Greenberg, H. M., Allison, L., Fewell, M., & Rich, C. (1957). The personality of junior high school students attending a

- residential school for the blind. Journal of Educational Psychology, 48, 629-646.
- Greenberg, H., & Jordan, S. (1957). Differential effects of total blindness and partial sight. Exceptional Children, 24, 301-307.
- Groot, A.D. de (1975). Methodologie. 's-Gravenhage: Mouton & Co.
- Groot, P. de, & Walburg, J. (1977). De konstruktie van een assertiviteitsschaal. Rijksuniversiteit Utrecht.
- Halliday, G. W., & Evans, J. H. (1974). Somatosensory enrichment of a deaf, blind, retarded adolescent through vibration. Perceptual and Motor Skills, 38, 880.
- Hardy, R. E. (1968). The Anxiety Scale for the Blind. New York: American Foundation for the Blind.
- Hasselt, V. B. van (1983). Social adaptation in the blind. Clinical Psychological Review, 3, 87-102.
- Hasselt, V. B. van, & Hersen, M. (1981). Applications of single-case designs to research with visually impaired individuals. Journal of Visual Impairment and Blindness, 75, 359-362.
- Hasselt, V. B. van, Hersen, M., Kazdin, A. E., Simon, J., & Mastantuono, A. K. (1983). Training blind adolescents in social skills. Journal of Visual Impairment and Blindness, 77, 199-203.
- Hasselt, V. B. van, Hersen, M., Kazdin, A. E., Sisson, L. A., Simon, J., & Mastantuono, A. K. (1981, November). A behavioral-analytic model for assessing social skills in blind adolescents. Paper presented at the Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Toronto, Canada.
- Hasselt, V. B. van, Simon, J., & Mastantuono, A. K. (1982). Social skills training for blind children and adolescents: A program description. Education for the Visually Handicapped, 14, 34-40.
- Hayman, A. (1972). Some developmental problems in blind babies and toddlers. Leonard Conference on Research into the Visually Handicapped (pp. 125-130). Cambridge University.
- Head, D. N. (1979). A comparison of self-concept scores for

- visually impaired adolescents in several class settings. Education of the Visually Handicapped, 11, 51-55.
- Hermans, H. J. M. (1974). Waardegebieden en hun ontwikkeling. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Hermans, H. J. M. (1981a). Persoonlijkheid en waardering: Deel 1. Organisatie en ontwikkeling der waarderingen. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Hermans, H. J. M. (1981b). Praktische wenken en handberekening bij de zelfkonfrontatiemethode. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Hicks, S. (1979). Psycho-social and rehabilitation aspects of acquired visual handicap. The New Beacon, 63, 169-174.
- Igarashi, N. (1971). Ocular autostimulation of pre-school blind children. Bulletin of the Tokyo Metropolitan Rehabilitation Center for the Physically and Mentally Handicapped, pp. 39-45.
- Jan, J. E., Freeman, R. D., & Scott, E. P. (1977). Visual impairment in children and adolescents. New York: Grune & Stratton.
- Jervis, F. M. (1959). A comparison of self-concepts of blind and sighted children. In C. J. Davis (Ed.), Guidance programs for blind children. A report of a conference. Watertown: Perkins Institute for the Blind.
- Jonge, J. de, Marshall, E. K., & Westra, T. (1981). De visueel gehandicapte als geleide. Amsterdam: ITSWO.
- Kanfer, F. H. (1971). Self-regulation: Research, issues and speculations. In C. Neuringer & J. L. Michael (Eds.), Behavior modification in clinical psychology. New York: Academic Press.
- Kanfer, F. H. (1985). Self-management methods. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), Helping people change. New York: Pergamon Press.
- Kanfer, F. H., & Goldstein, A. P. (1980). Helping people change: A textbook of methods. New York: Pergamon Press.
- Kanfer, F. H., & Karoly, P. (1982). Self-management and behavior change: From theory to practice. New York: Pergamon Press.
- Kazdin, A. E. (1975). Covert modeling, imagery assessment, and assertive behavior. Journal of Consulting and Clinical

- Psychology, 43(5), 716-724.
- Kirtley, D. D. (1975). The psychology of blindness. Chicago: Nelson-Hall.
- Kruijff, G. de, & Anbeek, M. A. (1980). Assertiviteitstraining voor adolescenten. In A. Cools & D. van Herwerden (Eds.), Kinder- en jeugdpsychotherapie. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- LaGrow, S. J., & Prochnow-LaGrow, J. E. (1983). Consistent methodological errors observed in single-case studies: Suggested Guidelines. Journal of Visual Impairment and Blindness, 77, 481-488.
- Lambert, R., & West, M. (1980). Parenting styles and the depressive syndrome in congenitally blind individuals. Journal of Visual Impairment and Blindness, 74, 333-337.
- Lambert, R., West, M., & Carlin, K. (1981). Psychology of adjustment to visual deficiency: A conceptual model. Journal of Visual Impairment and Blindness, 75, 193-196.
- Land, S. L., & Vineberg, S. E. (1965). Locus of control in blind children. Exceptional Children, 31, 257-260.
- Lazarus, A. A. (1973). On assertive behavior: A brief note. Behavior Therapy, 4, 697-699.
- Lazarus, R. S., & Averill, J. R. (1972). Emotion and cognition: With special reference to anxiety. In C. D. Spielberger (Ed.), Anxiety: Current trends in theory and research (Vol. 2). New York: Academic Press.
- Libet, J., & Lewinsohn, P. (1973). The concept of social skill with special references to the behavior of depressed persons. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 40, 205-240.
- Linden, F. J. van der, & Roeders, P. J. B. (1983). Schoolgaande jongeren, hun leefwereld en zelfbeleving. Nijmegen: Hoogveld Instituut.
- Lowenfeld, B. (1962). Psychological foundation of special methods in teaching blind children. In P. A. Zahl (Ed.), Blindness: Modern approaches to the unseen environment. New York: Hafner.
- Lowenfeld, B. (1971). Psychological problems of children with impaired vision. In W. M. Cruickshank (Ed.), Psychology of

- exceptional children and youth. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Lowenfeld, B. (1975). The changing status of the blind. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Lowenfeld, B. (1981). Berthold Lowenfeld on blindness and blind people: Selected papers. New York: American Foundation for the Blind.
- Lukoff, I. F., & Whiteman, M. (1961). Attitudes toward blindness: Some preliminary findings. The New Outlook for the Blind, 55, 39-44.
- Maglyby, F. L., & Farley, O. W. (1968). Education for blind children. AFB Research Bulletin, 16, 69-72.
- Mahl, G. F. (1956). Disturbances and silences in the patients speech in psychotherapy. Journal of Abnormal Social Psychology, 53, 1-15.
- Mandler, G. (1975). Mind and emotion. New York: Wiley.
- Maxfield, K. E., & Fjeld, H. A. (1942). The social maturity of the visually handicapped preschool child. Child Development, 13, 1-27.
- McAndrew, H. (1948). Rigidity in the deaf and the blind. Journal of Social Issues, 4, 72-77.
- McFall, R., & Lillesand, D. (1971). Behavioral rehearsal with modeling and coaching in assertion training. Journal of Abnormal Psychology, 77, 313-323.
- McFall, R., & Twentyman, C. (1973). Four experiments on the relative contributions of rehearsal, modeling and coaching to assertion training. Journal of Abnormal Psychology, 81, 199-218.
- McGuire, L. L., & Meyers, C. E. (1975). Early personality in the congenitally blind children. The New Outlook for the Blind, 65, 137-143.
- McReynolds, P. (1975). Changing conceptions of anxiety: A historical review and a proposed integration. In J. G. Sarason & C. D. Spielberger (Eds.), Stress and anxiety (Vol. 2). Washington, DC: Hemisphere.
- McReynolds, P. (1976). Assimilation and anxiety. In M. Zuckerman & C. D. Spielberger (Eds.), Emotions and anxiety: New concepts, methods and applications. Hillsdale, NJ: Erl-

baum.

- Mehr, H. M., Mehr, E. B., & Ault, C. D. (1970). Psychological aspects of low vision rehabilitation of the partially sighted. American Journal of Optometry and Archives of the American Academy of Optometry, 47, 612-618.
- Meichenbaum, D. H. (1973). Cognitive factors in behavior modification: Modifying what clients say to themselves. In C. M. Franks & G. T. Wilson (Eds.), Annual review of behavior therapy, theory and practice (Vol. 1). New York.
- Meichenbaum, D. H. (1981). Cognitieve gedragsmodificatie: Een integrale benadering. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Meighan, T. (1971). An investigation of the self concept of blind and visually handicapped adolescents. New York: American Foundation for the Blind.
- Meyers, J. J. (1978). Problem-solving therapy with socially anxious children. Amsterdam & Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Miller, W. H. (1970). Manifest anxiety in visually impaired adolescents. Education of the Visually Handicapped, 2, 91-95.
- Monbeck, M. E. (1973). The meaning of blindness: Attitudes toward blindness and blind people. Bloomington: Indiana University Press.
- Moreno, J. L. (1946). Psychodrama (Vol. 1). New York: Beacon House.
- Mulder, S., & Bron, M. (1985). De attitude van ouders met een visueel gehandicapt kind: Een verkennend onderzoek. Wageningen: Landbouwhogeschool.
- Mulder, T., & Otterlo, I. van, (1983). Blindisme: Handleiding voor het verminderen van ongewenst stereotype gedrag bij blinden. Doorn: Bartiméus.
- Murphy, L. B., & Moriarty, A. E. (1976). Vulnerability, coping and growth from infancy to adolescence. New Haven, CT: Yale University Press.
- Myrick, R. D. (1969). Effect of a model on verbal behavior in counseling. Journal of Counseling Psychology, 16, 185-190.
- Orlemans, J. W. G. (1978). Inleiding tot de gedragstherapie. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Osborn, A. F. (1963). Applied imagination: Principles and

- procedures of creative problem solving. New York: Scribner's.
- Oud, J. H. L. (1981). Onderzoek van orthopedagogische en onderwijskundige interventies aan de hand van tijdreeksen: een MANOVA-procedure. Tijdschrift voor Onderwijsresearch, 6, 267-291.
- Oud, J. H. L., Reelick, F., & Raaijmakers, M. (1986). TIDA (Time Data Analysis Program). Nijmegen: K.U., Orthopedagogiek, RTD/GRD, Psychologisch Laboratorium.
- Price, R. H. (1978). Abnormal behavior. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Prins, P. J. M. (1984). Verbale zelfsturing en angst bij kinderen. Enschede: Sneldruk.
- Rathus, S. A. (1972). An experimental investigation of assertive training in a group session. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 3, 81-86.
- Rathus, S. A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. Behavior Therapy, 4, 398-401.
- Rathus, S. A., & Nevid, J. S. (1977). Concurrent validity of the 30-item assertiveness schedule with a psychiatric population. Behavior Therapy, 8, 393-397.
- Rehm, L. P. (1981). Behavior therapy for depression: Present status and future. New York: Academic Press.
- Riksen, B. O. M. (1981). Subassertiviteit en cognitie. Gedrag tijdschrift voor psychologie, 9, 38-55.
- Rosenberg, M. (1972). Society and the adolescent self image. Princeton & New York: Princeton University Press.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs, 80, 1-28.
- Ryall, M. R., & Dietiker, K. E. (1979). Reliability and clinical validity of the children's fear survey schedule. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 10, 303-309.
- Sanders, R. M., & Goldberg, S. G. (1977). Eye contacts: Increasing their rate in social interactions. Journal of Visual Impairment and Blindness, 71, 265-267.
- Sarason, J. G. (1972). Experimental approaches to test

- anxiety: Attention and the uses of information. In C. D. Spielberger (Ed.), Anxiety: Current trends in theory and research (Vol. 2). New York: Academic Press.
- Schouten, J. (1978). Ik ben d'r ook nog. Meppel & Amsterdam: Boom.
- Scott, R. A. (1969). The socialization of blind children. In D. Goslin (Ed.), Handbook of socialization theory and research. Chicago: Rand McNally.
- Severson, A. L. (1953). Adjustment to blindness. The New Outlook for the Blind, 47, 81-82.
- Shure, M. B., & Spivack, G. (1978). Problem-solving techniques in childrearing. San Francisco: Jossey-Bass.
- Siegel, S. (1956). Nonparametric statistics. New York: McGraw-Hill.
- Siperstein, G. N., & Bak, J. J. (1980). Improving children's attitudes toward blind peers. Journal of Visual Impairment and Blindness, 74, 132-135.
- Skinner, B. F. (1969). Contingencies of reinforcement: A theoretical analysis. New York: Appleton Century Crofts.
- Skinner, B. F. (1971). Beyond freedom and dignity. New York: Knopf.
- Skinner, B. F. (1973). Verbal behavior. New York: Appleton Century Crofts.
- Skinner, B. F. (1974). About behaviorism. New York: Knopf.
- Sommers, V. S. (1944). The influence of parental attitudes and social environment on the personality development of the adolescent blind. New York: American Foundation for the Blind.
- Son, M. J. M. van (1978). Sociale vaardigheidstherapie: Gedragstherapie en sociaal gedrag. Amsterdam & Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Spivack, G., Platt, J. J., & Shure, M. B. (1974). Social adjustment of young children: A cognitive approach to solving real-life problems. San Francisco: Jossey-Bass.
- Spivack, G., Platt, J. J., & Shure, M. B. (1976). The problem solving approach to adjustment. San Francisco: Jossey-Bass.
- Steinzor, L. V. (1966). School peers of visually handicapped

- children. The New Outlook for the Blind, 60, 312-314.
- Stone, A. A. (1969). Consciousness: Altered levels in blind retarded. AFB Research Bulletin.
- Thoresen, C. E., & Mahoney, M. J. (1974). Behavioral selfcontrol. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Thurrell, R. J., & Rice, D. G. (1970). Eye rubbing in blind children: Application of a sensory deprivation model. Exceptional Children, 36, 325-330.
- Toonen, B. L., & Wilson, J. P. (1969). Learning eye fixation without visual feedback. AFB Research Bulletin, 19, 123-128.
- Tuttle, D. W. (1984). Self-esteem and adjusting with blindness. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Webb, N. C. (1974). The use of myoelectric feedback in teaching facial expression to the blind. AFB Research Bulletin, 27, 231-262.
- Welford, A. T. (1980). On the nature of higher-order skills. Journal of Occupational Psychology, 53, 107-110.
- Werkgroep Dagrevalidatie (1986). Dagrevalidatie van blinden en slechtzienden in Nederland. Rapport van de Werkgroep Dagrevalidatie uitgaande van het Landelijk Platform Regionale Stichtingen voor Hulpverlening aan Slechtzienden en Blinden i.o.
- Wit, J. de, & Veer, G. van der (1984). Psychologie van de adolescentie. Nijkerk: Intro.
- Wolpe, J. (1958). Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford: Stanford University Press.
- Wolpe, J. (1982). The practice of behavior therapy. New York: Pergamon Press.
- Wolpe, J., & Lang, P. J. (1964). A fear survey schedule for use in behavior therapy. Behavior Therapy, 2, 27-30.
- Wolpe, J., & Lazarus, A. (1966). Behavior therapy techniques: A guide to treatment of neuroses. New York: Pergamon Press.
- Wolpe, J., & Wolpe, D. (1981). Our useless fears. Boston: Houghton Mifflin.
- Wyder, F. T., Wilson, M. E., & Frumkin, R. M. (1967). Information as a factor in perception of blind by teachers. Perceptual and Motor Skills, 25, 188.

Zimbardo, P. (1977). Shyness. Reading, MA: Addison-Wesley.

Zunich, M., & Ledwith, B. E. (1965). Self-concepts of visually handicapped and sighted children. Perceptual and Motor Skills, 21, 771-774.

BIJLAGEN

Bijlage 1: Afname-instructie van de sociale vaardigheidslijst

Afhankelijk van de visusmogelijkheden leest de trainee of de train(st)er de sociale vaardigheidslijst hardop voor. Deze lijst bestaat uit 14 vaardigheden. Per vaardigheid staan steeds 3 voorbeelden genoemd. Uit de lijst kiest de trainee 10 vaardigheden. Per vaardigheid bedenkt de trainee een voorbeeldsituatie. Als dit niet lukt, dan mag de trainee een keuze maken uit de voorbeelden. Elk van de 10 gekozen vaardigheden wordt met een voorbeeld op een kaartje geschreven.

1. Een gesprek aanknopen:

Voorbeeld:

of

1. Een gesprek beginnen met een onbekende
2. Een bekende opbellen
3. Je mengen in een gesprek van een groep mensen

2. Een gesprek onderhouden:

Voorbeeld:

of

1. Met iemand dingen, die je bezighouden, bespreken
2. Met andere visueel gehandicapten over je handicap praten
3. Met goed-zienden een gesprek voeren

3. Verzoeken:

Voorbeeld:

of

1. De ander uitnodigen om samen iets te doen
2. Iemand uitnodigen om bij je langs te komen
3. Een persoon vragen of je hetgeen je hebt uitgeleend, terug kunt krijgen

4. Ingaan op een verzoek:

Voorbeeld:

of

1. Een goed-ziende, die hulp vraagt, helpen
2. Op een verzoek van een leraar ingaan
3. Een uitnodiging van de ander accepteren

5. Kritiek geven:

Voorbeeld:

of

1. Iemand vragen iets na te laten, omdat jij er hinder van hebt
2. Reageren, wanneer de ander jou uitscheldt
3. Iemand zeggen dat hij/zij onredelijk naar jou toe is geweest

6. Reageren op kritiek:

Voorbeeld:

of

1. Met iemand de kritiek op iets wat jij hebt gedaan, bespreken
2. Je excuses aanbieden, wanneer je iets verkeerd hebt gedaan

3. Toegeven dat jij je vergist hebt

7. Mening geven:

Voorbeeld:

of

1. In een discussie je mening geven
2. Tegenover een vriendin zeggen, hoe je over iets denkt
3. Voor je mening uitkomen tegenover een volwassene

8. Mening vragen:

Voorbeeld:

of

1. Een leraar de mening vragen
2. In een gesprek naar de mening van een leeftijdsgenoot vragen
3. In een groepsdiscussie de mening vragen

9. Weigeren:

Voorbeeld:

of

1. Weigeren van hulp bij dingen die je zelfstandig kunt
2. Een verzoek van iemand die jij aardig vindt, afslaan
3. Ongevraagde hulp van een onbekende afwijzen

10. Reageren op een weigering:

Voorbeeld:

of

1. Ingaan op een weigering van een onbekende
2. Reageren, wanneer een vriend(in) jou iets weigert
3. Reageren, wanneer de leraar iets weigert

11. Jezelf presenteren:

Voorbeeld:

of

1. Een ruimte, waar mensen zijn, binnenkomen
2. Je voorstellen aan een onbekende
3. Aangeven, dat je visueel gehandicapt bent

12. Waardering uitspreken:

Voorbeeld:

of

1. Vertellen dat je op de ander gesteld bent
2. De ander een complimentje geven
3. Iemand bedanken voor aangeboden hulp

13. Hulp vragen:

Voorbeeld:

of

1. In een winkel naar de prijs van een artikel vragen
2. Aan de buschauffeur informatie vragen
3. De leerkracht vragen rekening met je te houden

14. Hulp aanbieden:

Voorbeeld:

of

1. De goed-ziende helpen, wanneer je merkt dat hij/zij niet goed weet om te gaan met jouw handicap
2. Iemand die ook visueel gehandicapt is, hulp aanbieden
3. Een volwassene helpen

Bijlage 2: Inventarisatielijst en spanningsschema

	Vaardigheid:
Naam trainee:	Datum voormeting 1:
Leeftijd:	Datum voormeting 2:
Naam train(st)er:	Datum eindmeting:
	Datum follow-up meting 1:
	Datum follow-up meting 2:

Inventarisatielijst van situaties	Spanningsschema
--------------------------------------	-----------------

	Hoe gespannen? *				
	hele-				
Situaties:	maal	weinig	nogal	erg	heel
	niet				erg
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

* Achter elke situatie wordt een kruisje in één van de kolommen gezet.

Bijlage 3: Instructie voor het invullen van de affectmatrix

1. De train(st)er noteert de gekozen waardegebieden op blad 1.
2. Uit de lijst met gevoelens (ook wel affecten genoemd) - zie blad 2 - worden een drietal herkenbare negatieve en een drietal herkenbare positieve gevoelens gekozen. Instructie: "Ik lees een aantal gevoelens voor. Jij moet steeds aangeven, welk gevoel je herkent of jou iets zegt." Hierna worden de gevoelens gekozen. Worden de gevoelens op de lijst niet goed herkent, dan mogen "eigen" gevoelens worden gegeven.
3. De gevoelens worden in de affectmatrix geschreven (zie blad 3). Eerst wordt een positief, daarna een negatief gevoel, dan weer een positief gevoel etc. genoteerd, totdat alle affecten in de matrix staan.
4. Nu wordt de matrix verder ingevuld. De eerste sociale situatie wordt voorgelezen en de trainee wordt gevraagd naar de intensiteit, waarin het eerste affect wordt ervaren. Instructie: "Hoe (affect invullen) voel jij je, wanneer je" (sociale vaardigheid invullen)
De trainee dient bij het antwoord geven het getal te noemen dat past bij de te kiezen intensiteit; hierbij dient het getal in de affectmatrix te worden ingevuld. Bij deze antwoordprocedure zijn er twee mogelijkheden:
 - a) de antwoord-mogelijkheden worden bij invulling steeds voorgelezen door de train(st)er.
 - b) de antwoord-mogelijkheden, die op papier staan, worden door de trainee zelf gelezen (blad 2).
5. Nadat de voorgaande stap is gerealiseerd, wordt dit eveneens voor de andere affecten gedaan. Daarna vindt de affectmeting van de andere sociale situaties plaats.
6. Tenslotte wordt hetzelfde gedaan bij de vragen 11 en 12.
Instructie vraag 11: "Hoe voel jij je de laatste tijd?" (affect invullen)

Instructie vraag 12: "Hoe zou jij je (affect invullen) willen voelen?"

1	
2	
3	
4	
5	
6	Waardegebieden
7	worden ingevuld
8	
9	
10	
11	Hoe voel jij je de laatste tijd?
12	Hoe zou je je willen voelen?

Gevoelens: Veilig

Verlegen

Sterk

Zenuwachtig

Vrij

Angstig

Ontspannen

Onhandig

Zeker

Kwetsbaar

Intensiteit: 5.heel erg

4.erg

3.nogal

2.weinig

1.helemaal niet

	affect 1	affect 2	affect 3	affect 4	affect 5	affect 6	p	n
1								
2								
3								
4								
5								
6			Getallen worden in de affectmatrix ingevuld					
7								
8								
9								
10								
11								
12								

Bijlage 4: Beoordelingscategorieën sociale vaardigheden en non-verbale gedragingen ⁹

Per sociale vaardigheid hebben wij leerdoelen en doelgedragingen geformuleerd. Ter bepaling of de sociale vaardigheden goed worden uitgevoerd, gebruiken wij deze leerdoelen en doelgedragingen als beoordelingscategorieën.

Voorbeeld:

Sociale vaardigheid: hulp vragen, wanneer je dingen niet kunt vanwege de visuele handicap.

Leerdoel 1: Spreek de ander aan door te groeten ("hallo", "dag" enz.), gevolgd door "mag ik u wat vragen?"

Leerdoel 2: Geef aan dat je slechtziend bent ("ik ben slechtziend, ik kan het niet zo goed zien")

Tegenover onbekenden zeggen: "ik ben slechtziend"

Tegenover bekenden zeggen: "ik kan het niet zo goed zien"

Leerdoel 3: Duidelijk zeggen, wat je van de ander verlangt.

("kunt u mij helpen met?")

Leerdoel 4: De ander bedanken ("dank u wel", "bedankt")

Leerdoel 1 wordt adequaat toegepast ja ---- nee

Leerdoel 2 wordt adequaat toegepast ja ---- nee

Leerdoel 3 wordt adequaat toegepast ja ---- nee

Leerdoel 4 wordt adequaat toegepast ja ---- nee

Eveneens beoordelen wij de non-verbale gedragingen die betrekking hebben op de lichaamshouding, gezicht, romp, rug, benen,

De beoordelings- en observatielijst met de daarin opgenomen beoordelingscategorieën betreffende de sociale vaardigheden en non-verbale gedragingen kan bij de auteur worden opgevraagd.

stereotype gedragingen.

Voorbeeld:

Non-verbaal gedrag: rug

De houding van de rug wordt als "niet adequaat" beoordeeld, wanneer de visueel gehandicapte opvallend onderuitgezakt zit of opvallend voorovergebogen zit of staat.

In de overige gevallen wordt de houding van de rug adequaat genoemd.

Beoordeling:	1	-----	2
	adequaat		niet adequaat

Bijlage 5: Aandachtspunten voor huiswerkverslagen

Zitting 1, 2, 3: - Met welke vaardigheid oefende je?

- Met wie oefende je?
- Waar en wanneer?
- Waarover ging het?
- Wat zei je tegen de ander?
- Wat zei en deed de ander?

Zitting 4 t/m 8: - Met welke vaardigheid oefende je?

- Met wie oefende je?
- Waar en wanneer?
- Waarover ging het?
- Welk doel stelde jij je van te voren?
- Wat zei je tegen de ander?
- Wat zei en deed de ander?
- Heb jij je doel bereikt?
- Wat waren je gedachten na de oefensituatie?
- Wat waren je gevoelens na de oefensituatie?

Doelen en waardering en uitspraken over jezelf

Onze manier van omgaan met andere mensen, bijvoorbeeld als we hen om hulp vragen, of als we hen onze mening geven, of als we kritiek geven, heeft steeds gevolgen. We bespreken hier een tweetal gevolgen.

I Gevolg 1: heb ik mijn doel bereikt?

Bereik je bijvoorbeeld met hulp vragen in de klas dat de leraar regelmatig groter schrijft, dan heb je wellicht je doel bereikt.

Mocht de leraar echter een keer vergeten rekening met je te houden, dan is de kans groot dat je als het ware vanzelfsprekend nog eens om hulp vraagt. De eerste keer had je immers succes. Leidt de eerste keer dat je hulp vraagt echter tot een vervelend of pijnlijk of ongewenst resultaat (b.v. de leraar raakt geïrriteerd of wordt boos), dan is de kans groot dat je dit minder vaak of nooit meer zult doen.

De bedoeling van de cursus is dat we gaan kijken en oefenen, hoe je kunt bereiken dat er, b.v. bij hulp vragen, rekening met je wordt gehouden. Dit doen we door samen te bespreken, wat je tegen de ander zou kunnen zeggen. Ook voor andere sociale vaardigheden gaan we dit doen.

II Gevolg 2: ben ik tevreden over mezelf?

Een belangrijk ander gevolg van de wijze waarop jij met andere

mensen (zowel goed-zienden als andere visueel gehandicapten) omgaat, is de waardering die jij over jezelf hebt.

Heb je een bepaald doel bereikt, b.v. dat een ander naar jouw mening luistert, dan kun je tevreden over jezelf zijn.

Wanneer jij vaker tevreden over jezelf bent, krijg je steeds meer zelfvertrouwen en daardoor zul je gemakkelijker met andere mensen omgaan.

Bij een positieve waardering over jezelf, over hoe je met mensen omgaat, zul je vaker b.v. hulp vragen, mening geven, weigeren, dan wanneer jij jezelf negatief waardeert.

Bij een overwegend negatieve waardering zul jij je terugtrekken en b.v. niets zeggen in situaties, waarin dit juist op zijn plaats zou zijn.

Hoe komt onze waardering tot stand?

De waardering die jij over jezelf hebt, is dus het gevolg van dingen die je zoal doet. Bij je waardering vergelijk je het resultaat van jouw doen en laten met het doel dat je van tevoren had gesteld. Een negatieve waardering ontstaat, wanneer jij je doel niet hebt bereikt. Een positieve waardering ontstaat, zoals we hebben gezien, wanneer je een doel wel hebt bereikt. Voorbeelden:

- Je bent tevreden, wanneer de ander accepteert, dat je iets weigert.
- Je bent tevreden, wanneer jij je mening hebt kunnen zeggen.
- Je bent tevreden, wanneer de ander op jouw vraag om hulp ingaat.

De fout die bij het oefenen van bijvoorbeeld sociale vaardigheden regelmatig wordt gemaakt, is dat we in één keer te veel willen bereiken. Het doel dat jij jezelf stelt, ligt dan te hoog. Voorbeeld: wanneer je zelden je mening geeft, dan mag je niet verwachten dat dit zomaar bij een onbekende goed zal lukken.

Bij het oefenen van sociale vaardigheden moeten wij dus altijd beginnen met gemakkelijke situaties. Binnen de cursus zullen wij hier regelmatig aandacht aan besteden. We leren bij het oefenen binnen de cursus, onszelf bereikbare doelen of haalbare eisen te stellen. De algemene regel is dus steeds:

STEL JEZELF EEN EIS (DOEL), WAARAAN JE KUNT VOLDOEN.

III Zelfuitspraken

Een waardering over jezelf gaat vaak samen met een uitspraak die we in onszelf doen.

Een zelfuitspraak die we doen als we ons doel niet bereikt hebben, noemen we een negatieve zelfuitspraak.

Enkele voorbeelden zijn:

"Het lukt me niet om hulp te vragen".

"Ik zal wel dom gevonden worden".

"Ik kan niet goed mijn mening geven".

Met negatieve zelfuitspraken bereiken we het tegendeel van wat we eigenlijk zouden willen. Wanneer je vaak op een negatieve manier tegen jezelf praat, dan verlies je het vertrouwen in jezelf. Hierdoor wordt het steeds moeilijker om met anderen om te gaan. Het is daarom belangrijk om veel positieve zelfuitspraken te doen, want hierdoor krijg je het gevoel dat je steeds meer kunt en durft. Ook dit staat in de cursus centraal.

Observeren, denken en voelen

Stel je voor, je zit in de klas en je wilt de leraar iets vragen. Je steekt je vinger op en je ziet dat de leraar niet op jou reageert. Het gevolg hiervan is misschien dat je denkt dat de leraar jou niet wil zien; hierdoor wordt je kwaad en tegelijkertijd verdrietig.

Op het moment dat jij je boosheid hierover wil uiten, komt de leraar naar je toe en zegt dat hij helemaal niet in de gaten had dat jij iets wilde vragen. En hiervoor maakt hij zijn excuses. Je realiseert je dat ook hij maar een mens is die fouten kan maken en je gevoel van kwaadheid en verdriet verdwijnt tegelijkertijd; je voelt je redelijk prettig en ontspannen.

Laten we het voorbeeld eens bekijken.

Wat gebeurde er? : jij zat in de klas en de leraar zag jou niet.

Wat waren je gedachten? : "hij wil me niet zien".

Wat waren je gevoelens? : boosheid en verdriet.

Uit het voorbeeld blijkt verder dat jij je in de leraar hebt vergist. Toen hij zijn excuses maakte, dacht je: "hij is ook maar een mens die fouten kan maken" en dit had tot gevolg dat jij je prettig en ontspannen voelde.

Je ziet dus dat je over een bepaalde gebeurtenis verschillend kunt denken. De fout die veel mensen maken, is dat zij een gebeurtenis, die soms niet zo duidelijk is, van te voren al meteen verkeerd beoordelen. Dit noemen we onhandig denken. Het gevolg daarvan is dat mensen zich vervelend, gespannen of onprettig gaan voelen, terwijl dit helemaal niet het geval behoeft te zijn (dit hebben we gezien bij ons voorbeeld).

Binnen de cursus besteden we daarom aandacht aan:

1. gebeurtenissen in de omgang met andere mensen. Hierbij zal jou regelmatig gevraagd worden om zo goed mogelijk dagelijkse situaties uit jouw leven te beschrijven.
2. gedachten. Wij zullen ons afvragen of jouw gedachten die bij een gebeurtenis horen, juist zijn.
3. gevolgen. Zoals je uit het voorbeeld begrepen zult hebben, is de manier waarop jij je voelt, het gevolg van jouw gedachten.

Om je prettig te voelen, zul je daarom zoveel mogelijk handig moeten denken. Een handige gedachte bij ons voorbeeld zou kunnen luiden: "Jammer dat ik zo lang met m'n vinger omhoog zat, maar ja, mijn leraar is ook maar een mens die af en toe iets niet ziet".

Bijlage 8: Handig leren denken

A. Beschrijf zo objectief mogelijk een sociale situatie, waarmee jij hebt geoefend of zou willen oefenen.

B. Wat denk jij allemaal bij deze situatie? Schrijf dit op.

Ga na of jouw gedachte aan de volgende punten voldoet.

Mijn gedachte :

- | | |
|---|------------|
| - is gebaseerd op de objectieve werkelijkheid | ja / nee * |
| - leidt tot het gewenste doel | ja / nee * |
| - geeft een prettig gevoel | ja / nee * |
| - voorkomt conflicten met andere mensen | ja / nee * |

Heb je één van de vragen met nee beantwoord, dan is je gedachte onhandig te noemen. Bedenk en schrijf dan een andere gedachte op.

* doorstrepen wat niet van toepassing is

Bijlage 9: Stappen voor het leren oplossen van problemen

1. Probleemformulering

- * Beschrijf in eigen woorden wat het probleem is.
- * Zijn er meerdere problemen: beschrijf die dan ook.

2. Het bedenken van oplossingen voor een probleem

- * Beschrijf wat je allemaal zou kunnen doen of zeggen.
(hoe meer oplossingen, hoe beter)

3. Nagaan van de gevolgen van elke oplossing

- * Ga na wat de beste oplossing is en geef aan, welke je kiest.

4. Uitvoering van de gekozen oplossing

- * Geef aan wat je precies gaat doen en zeggen.

5. Verificatie / beoordeling van het resultaat

- * Heb jij je doel bereikt?
- * Zo nee, geef aan hoe dit komt en ga terug naar 1.

Bijlage 10: Het transcript

Sociale vaardigheid: kritiek geven

Ik eh we hebben net eh een tijd geleden een afspraak gemaakt

Ki Cw

Ki

Cz

dat jij je bord op zou ruimen. En eh .. je bord staat er nog

Ki Pa

en ik vind het eh vervelend .. dat ik die bijna weer op had

Ki

Pa

moeten ruimen en ne ik zou graag willen dat je d'r in het

Ik

vervolg dus goed om denkt, dat je dat zelf doet, ook nu.

Ki = klankinterjectie

Cw = woordcorrectie

Cz = zinsdeelcorrectie

Pa = pauze

CURRICULUM VITAE

De auteur werd geboren op 11 mei 1951 te Arnhem. Na voltooiing van de opleiding aan de Rijks Pedagogische Academie te Arnhem studeerde hij pedagogiek aan de Rijksuniversiteit te Utrecht. De auteur was van 1972 - 1974 als medewerker verbonden aan Klein Warnsborn, een instituut voor moeilijk opvoedbare jongeren, te Arnhem. Tijdens de studie pedagogiek was hij van 1976 - 1980 als student-assistent werkzaam bij de Vakgroep Psychologie voor Pedagogen en Andragologen te Utrecht. Hier gaf hij onderwijs aan kandidaats- en doctoraalstudenten. Van 1977-1981 was hij medewerker aan het Seminarium voor Orthopedagogiek te Zeist. Als psychologiedocent verzorgde hij hier mede het onderwijs voor leerkrachten werkzaam binnen het speciaal onderwijs. Sinds 1981 is de auteur als orthopedagoog verbonden aan Bartiméus, een centrum voor hulpverlening aan visueel gehandicapten, te Zeist. In 1982 startte hij met het research-project dat betrekking heeft op de ontwikkeling en evaluatie van sociale vaardigheidstrainingen voor visueel gehandicapten.

STELLINGEN
behorend bij het proefschrift
SOCIALE VAARDIGHEIDSTRAININGEN VOOR
VISUEEL GEHANDICAPTE ADOLESCENTEN

1. De functionele beschrijvingen van visusbeperking bieden voor de orthopedagogische praktijk betere aanknopingspunten dan die welke oogheelkundig van aard zijn. (Dit proefschrift)
2. De vervreemdende eigenschap van de computer is een middel bij uitstek om tot zelfkonfrontatie te komen.
3. Voor de beoordeling van sociaal gedrag bij visueel gehandicapten is in vivo-observatie het meest wenselijk.
4. Het geven van individuele sociale vaardigheidstrainingen is slechts een taalkundige paradox.
5. Adequate zelfsturing is een voorwaarde voor sociale aanpassing.
6. Sociale aanpassingsproblematiek bij visueel gehandicapte adolescenten is voor een deel inherent aan de adolescentieproblematiek.
7. (Para)linguistische gedragskenmerken zijn in het algemeen geen indicatoren voor sociale aanpassingsproblemen. Eveneens gaat een afname van de sociale aanpassingsproblematiek niet samen met systematische veranderingen van de (para)linguistische gedragskenmerken. (Dit proefschrift)
8. De cognitieve leertheorieën bieden een verklaring voor handicap-acceptatieproblemen bij blinden en slechtzienden.
9. Bij de evaluatie van interventies betekent een terugval in effecten een dilemma voor de onderzoeker.
10. De Stichting Ideële Reclame zou aan eigen belangenbehartiging kunnen doen, door zich meer in te zetten voor de emancipatie van visueel gehandicapten.

R. van Beek

Nijmegen, 8 juni 1988

